

国民健康保険移送費支給申請書 兼 請求書

被保険者証記号番号	
被保険者氏名	
被保険者の生年月日	年 月 日

医師又は 歯科医師の 意見	傷病名及び原因	
	発病または負傷年月日	年 月 日
	移送区	
	移送方法及び回数	
	移送を認める理由	
	費用見積額	
令和 年 月 日		医師又は歯科 医師の氏名
		印※

※ シャチハタ等の浸透印は不可

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
 申請(請求)者 住所
 (世帯主) 氏名
 電話 ()

熱海市長 あて

振込先金融機関		銀行		支店										
金融機関・支店コード	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> - <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											フリガナ		
口座番号	普通・当座	<table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									名義人			

受付者

支給決定額

円