

国民健康保険 移送費 支給申請書

阿智村長 様

年 月 日

申請者（世帯主）

窓口に来た方

住 所 阿智村

※ 世帯主の場合、記入は不要です。

氏 名

氏 名

個人番号

世帯主と
の 続 柄

電 話

下記のとおり、移送に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

被 保 険 者 の記号番号													
移送を受けた被保険者	氏 名											世帯主と の 続 柄	
	生年月日	年 月 日											
	個人番号												
付 添 人 の 住所・氏名													
振 込 先 金 融 機 関	☐ 公金受取口座を利用する （利用する場合は口座情報の記入不要） 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録 いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。												☐ 振 込 口 座 を 指 定 す る
	銀 行	本 店	口座の種別		1 普通 2 当座 3 その他（ ）								
	信用組合	支 店	口 座 番 号										
	信用金庫	支 所	フリガナ										
	農 協	出張所	口座名義人										
委 任 状	（申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。） 国民健康保険移送費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。 申請者（世帯主） 氏名 _____ ㊞												
医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	傷病原因	一般疾病 第三者行為	傷 病 名					発病(負傷) 年 月 日	年 月 日				
	移送（及び付添）を 必要と認めた理由						費 用 の 見 積 額	円					
	移 送 経 路		移 送 方 法				移 送 年 月 日						
							年 月 日						
							年 月 日						
上記のとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____													