**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 |
| 銀行信用組合信用金庫農協 | 本店支店支所出張所 | 口座の種別 | １普通 ２当座 ３その他（ 　　） |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 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 |
|  |  | 　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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |