**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |