| 支給決定年月日 | 課長 | 係長 | 係 |
|---|---|---|---|
| 令和　　年　　月　　日 | | | |

# 国民健康保険移送費支給申請書

| 区分 | 一般 | 前期高齢 | 一定・一般・Ⅰ・Ⅱ |
|---|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号番号 | 岩見沢 | 療養を受けた被保険者の氏名 | | 世帯主との続柄 | |
| 傷病名 | | 発病又は負傷の年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 傷病の原因 | （具体的に） | | | | |
| 移送年月日<br>移送経路<br>移送方法 | （具体的に） | | | | |
| 付き添いの有無 | 有・無 | 付き添い人 | 住所<br>氏名 | | |

| 療養に要した費用額の内訳 | 利用交通機関 | 利用区間 | 左の金額（円） |
|---|---|---|---|
| | | ～ | |
| | | ～ | |
| | | ～ | |

| 支払方法 | 現金 | 口座振込 | 銀行<br>金庫<br>農協 | 口座番号<br>本・支店<br>カ　ナ<br>（口座名義人　　） |
|---|---|---|---|---|

上記のとおり移送に要した費用に関して別添書類を添えて申請します

年　　月　　日

世帯主　住所　岩見沢市

氏名

TEL　　－

岩　見　沢　市　長　様

受領については　　に委任します。

上記申請に基づく療養費の支給額は下記のとおりである。

審　査　決　定　調　書

| 移送に要した費用額 | 保険者負担額<br>（　　割） | 一部負担金<br>（　　割） |
|---|---|---|
| 円 | 円 | 円 |
| ※ 支 給 決 定 額 | 円 | |

支給決定金額のうち　　円を国民健康保険料に充当することを了承します。　　印