

第4号様式(第9条の5関係)

課長	主幹	係	次のとおり支給 してよろしいか

受付印

本人確認処理欄

免 許	バ ス	住 基	保 険	身 障	年 金	開 取	個 人

大垣市国民健康保険移送費支給申請書

被保険者 記号・番号							
移送を受けた被保険者	氏名					性別	男・女
	生年月日	年月日生					
個人番号							
付添人	氏名						
	住所						
傷病名及びその原因		発病又は負傷 年月日	年月日				
移送方法			移 送 経 路				
移送年月日	年月日						
移送に要した費用の額	円						
医師又は 歯科医師 の意見欄	移送を必要と認めた理由 (付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由)						
	上記のとおり認めます。 (診療年月日) 年月日		所在地 医療機関の名称 医師(歯科医師)名				
上記のとおり移送に要した費用の額に関する別紙証拠書類を添えて申請します。							
年月日							
世帯主 住所 氏名 (印)							
個人番号							
大垣市長 様							
移送費支給決定額		円					
振込先金融機関	銀行	普・当	口座番号				
	金庫 支店	フリガナ					
	農協 支所	口座名義人					

- (注) 1) 移送に利用した金額の領収書を必ず添付してください。  
 2) 医師又は歯科医師の証明を必ず受けてください。  
 3) 被保険者証を添付してください。