

免 許	バ ス	住 基	保 険	身 障	年 金	聞 取	個 人

受付印

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											
	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											
医療機関の所在地 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							
					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	<input type="checkbox"/> 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) 注) 申請者(世帯主)以外の口座を利用される場合は、必ず口座情報をご記入ください。											
	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。