

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者	記号	6 9											
	番号												
移送を受けた被保険者 氏名等	氏 名												
	生年月日	年 月 日									性別 ()		
個人番号													
傷病名及び その原因													
発病又は負 傷年月日	年 月 日												
移送経路													
移送方法													
移送年月日	年 月 日												
付添人の住 所													
付添人の氏 名													
移送に要し た費用の額	円												
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住 所 岡垣町 氏 名 T E L 岡垣町長 様													

意見書

移送経路	
移送方法	
移送年月日	年 月 日
令和 年 月 日 医療機関名 電話番号 医師名	