国民健康保険移送費 承認/支給 申請書

被保険者の記号番号	１７－　　－	移送を受ける又は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			

医師等の記入欄	傷病名			
	発病又は負傷年月日	年　月　日		
	移送前の医療機関入退院年月日	入　院：　年　月　日		
		退　院：　年　月　日		
	移送先保険医療機関	所在地：		
		機関名：		
		移送年月日：　年　月　日		
	移送区間	自宅：（　　）病院・診療所から		
		（　　）病院・診療所まで		
	移送方法		費用（見積）額	¥

意見欄のとおり移送の必要を認めます。

年　月　日

医師または歯科医師　住所

氏名　㊞

世帯主の振込口座	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種別 普通 当座	
	口座番号		フリガナ	
			口座名義人氏名	

上記のとおり申請します。

なお、支給決定後、支給決定金額を上記の口座に振り込んでください。

年　月　日

世帯主　住所　北区　丁目　番　号

氏名　㊞

個人番号	

電話

東京都北区長殿

（注意事項）

①移送費は原則として、事前申請となっています。

②移送費の支給を申請するときは、領収書を提出していただきます。

移送を必要とする意見欄

自宅から移送を必要とする理由又は転医せざるを得ない理由

症状詳記欄

（医師への注意事項）

「自宅から移送を必要とする理由」又は「転医せざるを得ない理由」及び症状詳記欄については、できるだけ詳しく記入して下さい。