様式第６号（第12条関係）

郡上市国民健康保険　移送費支給申請書

<table>
<tr><td>被保険者
記号・番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">移送を受けた
被保険者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>性
別</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2">個人番号</td></tr>
<tr><td rowspan="2">付添人</td><td>氏　　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>傷病名及び
その原因</td><td colspan="2"></td><td>発病又は負傷年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>移送方法</td><td colspan="2"></td><td rowspan="3">移送経路</td><td colspan="2" rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>移送年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>移送に要した
費用の額</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医師又は歯科
医師の意見欄</td><td colspan="2">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）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり認めます。
（診断年月日）　　年　　月　　日
所在地
医療機関　　名　称
医師（歯科医師）名</td></tr>
</table>

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。
なお、支給決定額については、下記口座へ振り込んでください。

郡上市長　　様

世帯主
住　所
氏　名
電話番号
個人番号

振込先金融機関	預金種別	口座番号	口座名義人（フリガナ）
銀　　行 信用金庫　　支店 農　　協	当　座 ・ 普　通		