

郡上市国民健康保険 移送費支給申請書

被保険者証の 記号番号					
移送を受けた 被保険者	氏 名			性別	男・女
	生 年 月 日	昭・平 年 月 日	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	平成 年 月 日	
移送方法			移 送 経 路		
移送年月日	平成 年 月 日				
移送に要した 費用の額					
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。 (診断年月日) 平成 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。 平成 年 月 日 <div style="text-align:right">〒501-</div> 住所 郡上市 郡上市長 様 世帯主 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			