|  |
| --- |
| **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 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯主との続柄 |  |
| 生年月日 | 　昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 区分 | 　□　未就学児　　　　　　□　一　　　般　　　　　　□　前期高齢者 |
| 　　（小学校入学前まで）　　　（69歳まで）　　　　　　　（70歳から74歳まで） |
| 傷病名 |  | 発病負傷年月日 | 　平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 発病傷病期間 | 　平成・令和　　　年　　　月　　　日　～　平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 発病負傷の原因 |  |
| 付添人氏名 |  | 住所 |  |
| 移送経路 |  |
| 移送方法 |  |
| 移送日 | 　令和　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| 移送に要した費用額 | ① | 一部負担金相当額 | ②（１０割） | 支給申請額 | ①－②円 |
| 円 | 円 | 円 |
| 受取口座 | 　□　公金受取口座を利用する（利用する場合は振込先の記入不要）　□　振込口座を指定する |
| 振込先 | 金融機関 | 銀行・金庫・農協　　　　　　　　　本店・支店 |
| 普通口座番号 | （債権者番号　　　　　　　　　） |
| 口座名義人 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（フリガナ　　　　　　　　　　） |
| **令和　　　年　　　月　　　日****大船渡市長　様****申請者（世帯主）****住　　所****氏　　名****電話番号　　　　　　　－　　　　　　　－****上記のとおり移送に要した費用の支給を申請します。** | 本人確認　１点：　２点： |
| 受付者印 |  |
| 受付印 |