

第7号様式(第7条関係)

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証の記号・番号		島 6 9 -				
移送を受けた被保険者	氏名				性別	男・女
	生年月日	年	月	日生		
世帯主	住所				移送に要した費用の額	円
	氏名					
傷病名及び原因				発病又は負傷年月日	年	月 日
付添人の住所				付添人の氏名		
医師・歯科医師の意見	移送方法				移送年月日	年 月 日
	移送経路				移送を必要と認めた理由 (付添えがあつたときは、併せてその付添えを必要と認めた理由)	
	医療機関	名称				
		所在地				
平成 年 月 日(診断年月日)						
医師名 印						
受領方法	・直接払	銀行, 信用金庫			口座番号	
	・口座振込払	農協 本・支店				
上記のとおり申請します。						
平成 年 月 日						
住所						
世帯主						
氏名 印						
平 田 村 長 様						

