

様式第4号（第16条関係）

国民健康保険移送費支給申請書			
被保険者記号・番号			
移送した被保険者	住 所		
	氏 名		世帯主との続柄
	個人番号		
	生年月日		
世帯主	氏 名		
	個人番号		
傷病名及び原因		発病又は 負傷年月日	年 月 日
移送区間		移送を必要と 認めた理由又は 付添いを必要とした理由	
移送方法及び 回数			
移送年月日		費用見積額	円
付添人	住 所		
	氏 名		
上記のとおり申請します。			
年 月 日			
住 所 _____			
氏 名 _____			
個人番号 _____			
電 話 _____			
阪南市長 様			

(注) 医師(歯科医師)の意見書及び移送に要した領収書を添えてください。

◎口座への振込みを希望されるときは、ご記入ください。

振込先金融機関名	・銀行・農協・金庫・()	・支店	・本店	・出張所
預金種別	・普通		・当座	
預金口座番号				
(フリガナ)				
口座名義				
備 考				