

## 国民健康保険移送料支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号番号					移送を受ける 被保険者氏名					
	組合員との 続柄			生年 月日	年 月 日			性別	男 ・ 女		
	個人番号 (12桁)							支部名			
	移送年月日	令和	年	月	日	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	
	傷病名及び その原因							第三者行為に よるものですか	はい ・ いいえ		
	移送年月日	令和	年	月	日	移送方法					
	移送後の 入通院区分	入 院 ・ 通 院				移送経路					
	移送に 要した費用						円				
	移送先の 医療機関	名 称									
		所在地									
医 師 (又 は 歯 科 医 師) 記 入 欄	傷 病 名					移送が必要な理由					
	移送の 方法・区間					移 送 年 月 日	令和	年	月	日	
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日										
	医療機関 所在地 _____ 電話番号 _____ 名 称 _____ 医師名 _____ (印)										

上記のとおり移送に要した費用に関する書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

組合員 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

個人番号 (12桁)																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

組合員の金融機関口座へ振り込みますので、下欄にご記入ください。

振込先金融機関名	支店名	預金種別	口座番号	通帳名義人 (組合員) 氏名
銀行 農協 信用金庫	支店	普通預金 その他 ( )		(フリガナ)

備考	費用額	円	一部負担金	円	保険者負担額	円
----	-----	---	-------	---	--------	---

〈添付書類等〉

1. この申請書類には、支払った移送料の領収書を添付すること。
2. 個人番号 (12桁) 欄にはマイナンバーを記入すること。※ 75 歳以上の組合員は記入不要

理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する業務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。