

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	(枝番)		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〉

- 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。
- 個人番号(12桁)欄にはマイナンバーを記入すること。※後期高齢者組合員は記入不要

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。