# 国民健康保険移送費支給申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 保険証記号番号 | | 平内 － | | |
| 世 帯 主 | 住　所 | 平内町大字　　字 | | |
| | 氏　名 | | | |
| | 個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ） | | | |
| 移送対象者 | 氏　名 | | | |
| | 個人番号（ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ） | | | |
| | 生年月日 | 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日 | | |
| 疾 病 名 | | | | |
| 発病年月日 | | 平・令　年　月　日 | 移送年月日 | 平・令　年　月　日 |
| 移送に要した額 | | | | |
| 移送区間 | | ～ | | |
| 移送方法 | | 町救急　・　病院搬送車 | | |
| 振込口座 | 金融機関名・支店 | | | |
| | 口座番号 | | | |
| | フ リ ガ ナ | | | |
| | 口座名義人氏名 | | | |

（あて先） 平内町長　　令和　　年　　月　　日申請

上記のとおり申請します。

申請者　住　所　平内町大字　　字

氏　名　　㊞

電話番号　（　　）　　－