

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者記号番号		平内 -		
世帯主	住 所	平内町大字 字		
	氏 名			
	個人番号 (マイナンバー)			
移送対象者	氏 名			
	個人番号 (マイナンバー)			
	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 () -