

国民健康保険移送費支給申請書

※この申請書は、移送費の支給を申請するときに使用します。

【移送を受けた被保険者】

フリガナ		生年月日	S・H・R	年	月	日
氏名		個人番号				
住所		被保険者証記号番号				
	(建物名等)	宮 —				

傷病名		発病または 負傷年月日	年	月	日
発病または負傷原因					
移送区間	から(経由) まで				
移送方法		移送年月日	年	月	日
移送を必要とした理由					移送回数 回
付添人氏名		付添人住所			
移送に要した費用額	円				

【世帯主】

宮津市長 様		年	月	日	
上記のとおり申請します。					
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
		日中連絡先	— —		
住所	□ 上記と同じ(記入不要)		続柄	上記対象者から見て	
	(建物名等)				

*宮津市使用欄 この欄には記入しないでください。

資格 確認	取得	・	・		
	喪失	・	・		
本人確認	来庁者	添付書類	受付	入力	審査
①番・免・パ・手帳 他()	□本人	□			
②証・年金・児童・ バス・社員・学生 他()	□他	□			
③ヒア	代理権確認手段	□			

受付印

システム
バーコード用エリア

移送を必要とした意見書(医師記入欄)

患者氏名		生年月日	年	月	日	男・女
傷病名		診療 開始日	年	月	日	
移送区間 (病院名等)	から(経由) まで					
移送方法		移送を必要と 認めた回数	回			
移送年月日	年 月 日					

移送を必要とした理由 (病状及び移送先を選定 した理由などについて詳 細に記載)	
*付添いがある場合は付 添いを必要と認めた理由 も記載	

上記の理由で移送の必要を認めました。

年 月 日

医 療 機 関 名

所 在 地

医 師 氏 名

