

様式第23号の(3) (第19条の4関係)

受付	確認

支給内訳	費用額	円
	支給額	円

国民健康保険移送費支給申請書							
被保険者証の 記号番号	記号	36	番号				
被保険者	氏名 生年月日	S・H 年 月 日		世帯主との 続柄	一般・退職 被保険者 等の別	一般 退職本人 退職扶養	
負傷及びその 原因				発症又は負 傷年月日	平成	年	月 日
付添いがあったときは、その付添 人の氏名及び住所		氏名 住所					
疾病又は負傷の原因が第三者の行 為によるものであったときは、その事 実並びに第三者の氏名及び住所		該当・非該当	氏名 住所				
移送に要した費用の額		円					
医師又は歯科 医師の意見	移送を必要と認める 理由又は認めた理 由。付添人がいる場 合はその理由						
	移送区間	から まで (km)					
	移送方法		移送年月日	平成	年	月 日	
	平成 年 月 日	医療機関名 診断医師又は歯科医師名					印
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。 ふじみ野市長 あて</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 〒</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ()</p>							
口座振込依頼							
振込先金融機関名			預金種別	預金口座の番号及び名義人			
金融機関コード	銀行	支店番号	普	番号			
	信用金庫	支店	・ 当	フリガナ 名義人			