

様式第23号の(3) (第19条の4関係)

国民健康保険移送費支給申請書				
被保険者 記号・番号	記号	番号		
被保険者	氏名 生年月日	年 月 日	性別	男・女
	個人番号			
傷病名及び その原因			発症又は負傷年月日	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られた理由。付添人がある場合はその理由			
	移送区間	から まで(km)		
	移送方法	移送年月日	年 月 日	
	年 月 日	医療機関名		診断医師又は歯科医師名 ㊟
上記のとおり別紙証拠書類を添えて申請します。				
年 月 日				
ふじみ野市長 宛て				
世帯主 個人番号 〒 住所				
氏名 電話番号				
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	支店番号	普・当	番号	
銀行 信用金庫 農業協同組合	支店		フリガナ 名義人	