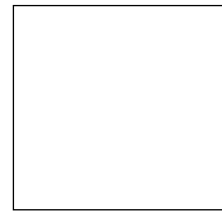


決 裁	課長	班長	班	受理



## 国民健康保険移送費支給申請書

被保険者 記号・番号	山13・			
被保険者	氏名			
	個人番号	生年月日	年 月 日	
医療機関	名称			
	所在地			
傷病名		発病又は負傷 の年月日	年 月 日	
移送を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで <span style="float: right;">日間</span>			
移送を必要とする理由				
移送を必要とする区間				
移送に要した費用				
移送の方法				
支払方法 ( <input type="checkbox"/> 窓口受取 <input type="checkbox"/> 振込 )				
振込希望の 金融機関名	(世帯主の口座)		種別	普通・当座
	農協 銀行	支所 支店	番号	_____
			名義	_____
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年      月      日</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">世 帯 主</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: left;">美 祢 市 長 殿</p>				