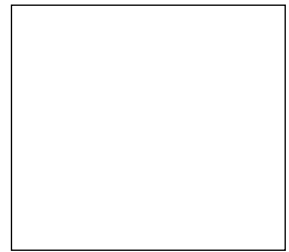


決 裁	課長	班長	係	担当



## 国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証 記号・番号	山13・			
被保険者	氏名		性別	男・女
	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 日間			
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"/> 振込 ・ <input type="checkbox"/> 窓口受取 )				
振込希望の 金融機関名	(世帯主の口座)		口座種別	普通 ・ 当座
	農協 銀行	支所 支店	口座番号	_____
			口座名義	世帯主名
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">住      所 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">世 帯 主 _____ (※)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏      名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">電 話 番 号 _____</p> <p style="text-align: left;">美 祢 市 長 殿</p>				

(※) 世帯主が手書きをしない場合は、**記名押印**してください。