

第15号様式（第16条関係）

国民健康保険移送費支給申請書				
被保険者記号・番号				一般 退本 退扶
移送を受けた被保険者	氏名			世帯主との続柄
	個人番号			
	生年月日	年	月 日	
傷病名			発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日
傷病の原因				
移送経路			移送方法	
			移送年月日	年 月 日
			移送費用	円
付添人	住所			
	氏名			
医師又は歯科医師の意見	移送を必要と認められた理由			
	付添いを必要と認められた理由			
	上記のとおり移送を要すると認めます。 令和 年 月 日 医師又は歯科医師 住所 氏名			
上記のとおり申請します。 なお、支給決定額については、下記の口座へ振り込んでください。 令和 年 月 日 (宛先) 弥富市長 住所 世帯主 氏名 個人番号 電話番号				
振込先金融機関名	預金種別	口座番号	口座名義人	
銀行 本店 信用金庫 農協 支店	普通 当座		(フリガナ)	

(添付書類) 移送に要した費用の領収書