

様式第7（第7条関係）

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証の記号番号		島65 ー				
移送を受けた被保険者の氏名・ 生年月日・性別・個人番号		氏名				男 ・ 女
		生年月日	年	月	日	
		個人番号				
世帯主の住所・氏名・個人番号		住所	矢吹町			
		氏名				
		個人番号				
傷病名及び原因			移送に要した費用の額			
発病又は負傷年月日	平成 年 月 日					
医師・ 歯科 医師の 意見	移送方法			移送年月日	平成 年 月 日	
	移送経路	～ ～				
	移送を必要と認めた理由（付き添いがあったときは、併せてその付き添いを必要と認めた理由）					
	医療機関	名称				
		所在地				
平成 年 月 日 醫師名 印						
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 世帯主 住所 矢吹町 番地 氏名 印 (電話 ー) 矢吹町長様						