

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	年 月 日					
医師・ 歯科 医師の 意見	移送方法			移送年月日	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				
年 月 日		医師名		印		
上記のとおり申請します。						
年 月 日						
世帯主		住所	矢吹町	番地		
		氏名				
		(電話 ー )				
矢吹町長 様						