

国民健康保険 移送費 支給申請書

この申請書は、被保険者が移動の困難な重病で、緊急にやむを得ず医師の指示により転院などの移送に費用がかかった時に、その費用を請求する申請手続きに使用します。

<療養を受けた方>（国民健康保険の被保険者）

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	男・女	個人番号			
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他()	被保険者番号	北見	-	

<受けた療養の内容>

傷病名(※)		発病・負傷年月日	年	月	日
発・傷病の原因(※)		付添の有無	有・無		
第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	付添人氏名	医師・看護師等		
付添人氏名	医師・看護師等	付添人住所			
移送経路	(移送元)	移送先			
移送期間	年 月 日から 年 月 日まで				
移送に要した費用の内訳	交通機関	利用区間	金額(円)		

※わからない場合は記載しなくても結構です。

<申請者>（国民健康保険の世帯主）

北見市長 様		(申請日)	年	月	日
上記のとおり申請します。					
フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名	署名	個人番号			
		電話番号	-	-	
住所	(建物名等)				

<受け取り方法> ※原則として世帯主の口座を指定してください

口座名義人	カナ					
郵便局の通帳に振込	通帳の記号			通帳の番号		
	1		0	-		1
銀行口座に振込		口座番号				
銀行・信金・労金		本店	<input type="checkbox"/> 普通			
信組・農協・漁協		支店	<input type="checkbox"/> 当座			

※やむをえず口座を利用できない場合

- 為替証書払い
- 窓口払い

市処理欄

受付印

北見市使用欄

本人確認 ①番・免・バ・手帳 他() ②証・年金・児童・バス・社員・高齢証 他() ③ヒア	提出方法 <input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員() <input type="checkbox"/> 同住() <input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他() <input type="checkbox"/> 郵送	支給要件 <input type="checkbox"/> 適切な治療 <input type="checkbox"/> 異動の困難 <input type="checkbox"/> 緊急その他	第4類	課長	係長	係
			移送に要した費用		支給額	
			円		円	
			国保番号			
			宛名番号			