

# 国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証の 記号番号	珠	区分	(一般)・退職		
被保険者氏名			個人番号		
生年月日	年 月 日	性別	男・女	世帯主との 続柄	
疾病名			発病又は負傷 年月日	令和	年 月 日
疾病の原因					
移送経路					
移送方法			移送年月日	令和	年 月 日
付添人の氏名					
付添人の住所					
移送に要した費用					

疾病又は負傷の原因が第三者の行為によるものであるときは、  
その事実並びに第三者の氏名及び住所  
(氏名や住所がわからないときは、その旨を書いてください。)

住所  
氏名

振 込 先	金融 機関名	銀行 金庫 農協 信漁連 ( )	支店・本店 ( )	預金 種別	普 当 ( ) 通 座 ( )
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)			

(宛先) 珠洲市長

上記のとおり関係書類を添えて移送費の支給を申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所

氏名

電話番号

代理権の確認	身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)	番号確認
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他( )	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: ) <input type="checkbox"/> その他( ) No. ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他
2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> その他( ) No. ( )	<input type="checkbox"/> その他