

# 国民健康保険移送費支給申請書

被保険者 記号・番号			
被保険者氏名		世帯主との 続柄	
生年月日	年 月 日	個人番号	
疾病名		発病又は負 傷年月日	年 月 日
疾病の原因			
移送経路			
移送方法		移送年月日	年 月 日
付添人の氏名			
付添人の住所			
移送に要した費用			
交通事故等の 第三者行為			
有 ・ 無			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 信漁連 ( )	支店・本店 ( )
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)	預金種別 普通座 ( )
(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。  <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____  申請者 住所 _____ <small>(世帯主と申請者が同一の場合は記入不要)</small> 氏名 _____ 世帯主との続柄 _____ 電話番号 _____			

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)	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( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: No. ( ) ) <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	<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
1点	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( )	
2点	<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他( )	