

様式第12号(第18条)

※ この欄には記入しないでください。

整理番号		決 裁 処 理	1 支給する	区間	から(経由) まで			
資格確認	取得			・	・	移送方法		移送回数
	喪失		・	・	支給金額	円		
摘要				2 支給しない	(理由)			

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証 記号・番号	丹	移送を受けた 被保険者 氏名・生年月日	昭・平 年 月 日	男・女	世帯主 との 続柄
発病又は負傷の 原因					
付添人の氏名 及び住所					
移送の区間	から(経由) まで				
移送方法		移送の年月日	平成 年 月 日		
移送に要した 費用額	円				
移送を必要 とする理由			移送回数	回	
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 京丹後市長 様 印 世帯主住所..... 氏名.....印 電話 (ー)					

支 払 場 所 の 指 定	支払指定金融機関	銀行 金庫 本店 支店 農協		
	預金種別	普通・当座		
	口座番号			
	口座名義		フリガナ	

(委任の場合)

上記の移送費の受領を 平成 年 月 日 世帯主氏名 に委任します。

印

移送を必要とする意見書(医師記入欄)

患者の氏名等	昭・平 年 月 日生			男・女	
傷 病 名		診療開始日	平成 年 月 日 平成 年 月 日		
必要と認められる移送の区間	から(経由) まで		必要と認められる回数	回	
移送を必要とする理由 〔病状などを詳しく記入のこと〕					
<p>上記の理由で移送の必要を認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名.....</p> <p style="text-align: right;">医 師 氏 名..... 印</p>					