国民健康保険移送費申請書

<table>
<tr><td>被保険者
記号・番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>（　ふ　り　が　な　）
移送を受けた被保険者の氏名</td><td>性別</td><td colspan="2">生　年　月　日</td></tr>
<tr><td>（個人番号）</td><td>男
女</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">傷病名とその原因</td><td colspan="2">発病又は負傷年月日</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">付添人氏名</td><td colspan="2">付添人住所</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>移送経路</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>移送方法</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>移送費用</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>移送年月日</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり根拠書類を添えて届けます。
令和　　年　　月　　日
南アルプス市長　　殿

世帯主住所　南アルプス市

世帯主氏名

個人番号</td></tr>
</table>

受付	支給	収納確認

医 師 の 意 見 書

（国民健康保険移送費申請用）

傷病名	
移送を必要と認めた理由（付添を必要と認めた理由）	
移送年月日	年　月　日
移送経路及び移送方法	

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地・名称

医師名　　㊞