

## 国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証記号番号	阿賀						種別	一般・退職本人・退職扶養	
移送を受けた被保険者	氏名				生年月日	昭・平	年	月	日
	性別	男・女	個人番号						
傷病名					発病又は負傷年月日	平成	年	月	日
発病又は負傷の原因									
移送年月日	平成	年	月	日	移送先医療機関名				
移送経路					移送に要した費用	円			
移送方法					支給決定額	円			
付添人	氏名				住所				
					電話番号				
振込先金融機関					銀行・労働金庫 農協・信用組合 信用金庫	本店 支店 出張所			
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号							
口座名義	フリガナ								
	漢字								
<b>委任状</b> 〔申請者（世帯主）以外の口座への振込を希望する場合に記入・押印してください。〕  受任者住所 _____  受任者氏名 _____ ㊞ (申請者との続柄： _____ )  支給される金額の受領を上記の者に委任します。  委任者（世帯主）氏名 _____ ㊞									

上記のとおり証拠書類を添えて移送費の支給を申請します。

平成 年 月 日

阿賀町長 様

住 所 \_\_\_\_\_

申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
(世帯主)

個人番号

電話番号 \_\_\_\_\_

## 移送に関する医師の意見書

【この意見書は、原則として移送元又は在宅医療を行った医療機関において記入してください。】

患者	氏名		生年月日	昭・平 年 月 日
傷病名			発病又は負傷 年 月 日	平成 年 月 日
発病又は負傷 の 原 因				
移送年月日	平成 年 月 日	移送先 医療機関	名 称	
			所在地	
移送区間				
移送方法				
移送元の医療機関 で入院した場合	医療機関名			
	入院期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
移送を必要 とする理由	傷病の経過及び 具体的処置の内容			
	転院（入院）を必要 とする具体的な理由			
付添人（医師・看護師）を 必要とする理由				
上記のとおり移送の必要を認めます。				
平成 年 月 日				
医療機関の 所在地及び名称				
医 師 氏 名				印