印刷ボタン

移

国民健康保険移送費支給申請書

下記のとおり申請します。　　年　月　日

（宛先）新潟市長

申請者（世帯主）

郵便番号 ［　　］－［　　］

住所

新潟市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号　－　－

個人番号 ［　　］［　　］［　　］

移送を受けた被保険者

被保険者記号・番号　新潟［　　］－［　　］－［　　］（枝番）［　　］

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　年　月　日

個人番号 ［　　］［　　］［　　］

支払区分	口座振替金融機関		預金種別	口座番号	口座名義
○1 口座振替 ○2 その他 （現金受領の場合は、押印が必要です。）	○銀行 ○信用金庫 ○信用組合 ○労働金庫 ○農協	○本店 ○支店 ○出張所	○1 普通 ○2 当座 ○3 貯蓄 ○4 別段		（ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名

委任状

支給される金額の受領を下記の者に委任します。

　　年　月　日

郵便番号［　　］－［　　］

受任者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印　電話番号　－　－

（受任者、委任者とも押印願います。）

委任者（世帯主）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

処理欄（以下は、記入しないでください。）

発病（負傷）年月日	年　月　日	移送経路		付添人（医師等）の住所及び氏名	
傷病名		移送方法		住所	
移送年月日	年　月　日	移送に要した費用	円	氏名	

一般		支給決定金額	受付者	受付区	管轄区	記事欄
退職	本人	千　円				
	扶養					

添付書類　（1）移送に関する医師又は歯科医師の意見書

（2）移送に要した費用の額を証する書類