記載例

国民健康保険移送費支給申請書

移

下記のとおり申請します。　　令和 3 年 4 月 1 日

（宛先） 新 潟 市 長

申請者（世帯主）

郵便番号 9 5 1 － ■■■■

住　所
新潟市 中央区学校町通●番町●番地●

氏　名 新潟　花子　　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 1 2 － 3 4 5 － ■■■■■ （枝番）●●

氏　　名 新潟　柳都

生年月日 昭和 ■■ 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	1234●●●	（ﾌﾘｶﾞﾅ）ﾆｲｶﾞﾀ ﾊﾅｺ 氏名 新潟　花子

委任状　この欄は申請者（世帯主）以外の口座に振込を希望する場合に記入してください

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

別々の印鑑（認印でも可）を押印してください

処理欄（以下は、記入しないでください。）　この欄は、記入不要です

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