

決 裁	理 事 長	副 理 事 長	常 務 理 事	理 事	理 事	理 事	理 事	事 務 長	主 査	係

移 送 費 支 給 申 請 書										
被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	移 送 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名						性 別	男 ・ 女		
被 保 険 者 の 区 分	組 合 員 ・ 家 族			被 保 険 者 の 生 年 月 日		M ・ T ・ S ・ H 年 月 日				
傷 病 名 及 び そ の 原 因										
発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平 成 年 月 日			移 送 に 要 し た 費 用 の 額		円				
移 送 経 路										
移 送 方 法				移 送 年 月 日		平 成 年 月 日				
付 添 人 の 氏 名 及 び 住 所										
振 込 先	銀 行 信 用 金 庫 農 協						支 店			普 通 座 蓄
	口 座 番 号					名 義 人	フリガナ			
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>平 成 年 月 日</p> <p>埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p> <p>住 所 〒 ー</p> <p>組 合 員</p> <p>氏 名 ㊟</p>										

- 備 考
- ・ 申請にあたっては移送を認めた理由、付添人を必要とした理由、移送経路、移送方法及び移送年月日についての意見書を添付してください。
 - ・ 移送に要した費用の額に関する領収書等を添付してください。
 - ・ 付添人の氏名及び住所については、医師又は歯科医師が前期の意見書により付添人の必要を認めた際に記入してください。