

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	南九州市			
移送を受けた 被保険者	氏 名		世 帯 主 との 続 柄	
	生 年 月 日		性 別	
傷 病 名		発病又は 負傷の年月日	年 月 日	
傷病の原因				
移送方法				
移送経路	往路 発地	経由地	着地	
	復路 発地	経由地	着地	
移送年月日	年 月 日 ~		年 月 日	
付 添 人	有	有のときは 付添人の 住 所 氏 名		
	無			
移送に要した 費用の額	利用交通機関	利用区間		左の運賃 (円)
		~		
		~		
		~		
		~		
		~		
	運 賃 の 合 計			

上記のとおり申請します。

年 月 日

申請者 (世帯主) 住 所

氏 名

印 個人番号

電話番号

南九州市長 様

※添付書類 1. 移送を必要とする意見書 2. 移送に要した費用の額を証する書類 (領収書等)

金融機関名称	支店等名称	預金種別	口座番号	口座名義人
銀行 金庫 農協	支店 出張所 支所			-----

決

裁

移送費支給決定額	¥				
支給決定日	年 月 日	支給通知発送日	年 月 日	支給日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養	債権者番号	課長	係長	係	

国民健康保険 療養費請求書

円

療養費として、上記のとおり請求します。

南九州市長 様

年 月 日

請求者(世帯主)

住所

氏名

印

国民健康保険 移送を必要とする意見書

被保険者氏名		生年月日	
住 所			性別
傷病名			
入院期間	年 月 日 ~		年 月 日
移送を必要と認めた理由			
付添いがあった場合、その付添いを必要と認めた理由			
移送経路			
移送方法			
移送年月日	年 月 日 ~		年 月 日

上記のとおり移送が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

保険医氏名

印