

保険証の記号番号を記入してください。

# 送費支給申請書

移送を受けた方の氏名・個人番号・性別・  
生年月日を記入してください。

保険者番号 1 3 3 1 3 2

記号番号

78

公費負担者番号

受給者番号

給付割合

7割・8割

資格区分

一般・前期高齢者・6歳就学前

移送を受けた者の  
氏名

性別

男・女

生年月日

S・H・R

年 月 日

別紙「移送を必要とする医師の意見書」を参照のうえ必要事項を記してください。移送費の領収書は内訳明細が確認できるものが必要です。

発病・負傷  
の年月日

R

年

月

日

R

年

月

日

から

まで

移送に要した  
費用

付添人の氏名  
及び住所

上記のとおり移送に要した費用の証拠書類を添え、「個人情報(含、特定個人情報)の取扱について」を確認し  
意のうえ、申請します。

令和 年 月 日

〒

電話

住所

組合員

氏名

東京食品販売国民健康保険組合 殿 個人番号

組合員の住所・氏名・個人番号を  
記入してください。電話番号は、  
記載内容の照会の確認に必要で

移送したときに  
付添い人がいる  
場合は、その方  
の氏名・住所を  
記入してください。

④

1. 2. 3. 4.  
発症・負傷の原因が特に外傷の場合  
公費による医療助成を受けている方  
振込先の口座番号・名義人は、組合  
太線枠内の各項目を記入してください

よく記入してください。  
番号を確認できる医療証等を提示してください。

振込先口座情報

金融機関名

銀行・信用金庫・信用組合・農協

本店・支店

銀行コード

支店コード

預金種目

1. 普通

2. 当座

4. 貯蓄

フリガナ

名義人

口座番号

組合員名義の預金口座について記  
入してください。

円

算基内訳欄

円

円

円

円

印  
処  
理  
欄

内訳

支 給 額

支給決定年月日

支払年月日

受付番号

入 力 確 認

決  
裁  
欄

所 長

課 長

確 認

扱 者

受 付 印