

移送費支給申請書

保険者番号	1	3	3	1	3	2
-------	---	---	---	---	---	---

申請種類	7. 移送費
------	--------

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
個人番号								
発病・負傷の原因								
移送の方法								
傷病名		発病・負傷の年月日		H・R		年	月	日
移送先及び移送年月日				H・R		年	月	日
移送の経路	から	まで	移送に要した費用					円
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」を確認し同意のうえ、申請します。								
令和 年 月 日 〒 電話								
住所								
組合員								
氏名 印								
東京食品販売国民健康保険組合 殿 個人番号								



1. 2. 3. 4. 発症・負傷の原因が特に外傷の場合は、具体的に受傷の原因を詳しく記入してください。
 公費による医療助成を受けている方は、公費負担者番号・受給者番号を確認できる医療証等を提示してください。
 振込先の口座番号・名義人は、組合員本人の個人名義のものに限ります。
 太線枠内の各項目を記入してください。

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							口座番号				
	名義人											

本 部 処 理 欄	申請額		円	算基内訳欄			
	決定内訳	移送費		円			
				円			
	支給額		円	支払年月日			
支給決定年月日			受付番号				

入力	確認

決 裁 欄	所長	課長	確認

扱 者

