

処 理 欄	課 長	係 長	審 査	係 員	受 付	平成 年度
受付	・	・				支給決定額
発議	・	・				
決議	・	・				

この申請について、添付資料等に基づいて支給してよろしいでしょうか。

## 国民健康保険移送費支給申請書

移送を受けた被保険者	被保険者 記号・番号					
	氏名		生年月日及び性別	昭和・平成・令和 年 月 日		男・女
傷 病 名			傷病の原因			
発病又は負傷の年月日	令和 年 月 日	移送年月日	令和 年 月 日			
移送方法及び移送経路	----- ----- -----					
付添人について(付添人がいる場合)	氏名					
	住所					
移送に要した費用		円				
世帯主の振込先預金口座	銀行 組合 金庫	本店 支店 出張所	普通 当座	番		
備 考 欄						
<p>上記のとおり申請します。 令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住所 長崎市 町 丁目 番地 番 号</p> <p style="margin-left: 100px;">フリガナ 氏 名</p> <p style="margin-left: 150px;">(電話番号 局 号)</p> <p>(あて先) 長崎市長</p>						

- (添付資料等)
- ・ 移送に要した額を証する領収書
  - ・ 国民健康保険被保険者証
  - ・ 移送を必要とする旨証する医師の証明書