

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証の記号番号	島3	被保険者の区分	一般・退職本人・退職扶養	70歳以上 70歳未満
移送を受けた被保険者の個人番号・氏名・性別・生年月日	個人番号	氏名 男・女 昭和・平成・令和 年 月 日生		
傷病名及び原因				
発病又は傷病年月日	年 月 日			
医師の意見欄	移送方法・回数		移送年月日	年 月 日
	移送区間	～	移送費用の額	円
	付添人の住所・氏名			
	移送を必要と認めた理由(付添いがあったときは、併せて付添いを必要と認めた理由)			
	年 月 日	保険医療機関名	所在地	保険医師名
振込先口座(世帯主)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(マイナポータルでの口座登録が済んでいる方のみ選択可) <input type="checkbox"/> 下記口座を利用します。			
	銀行・金庫 信組・農協	本店 支店 出張所	普通 当座 その他	口座番号 口座名義人(カタカナ)
摘要	※銀行コード ※口座名義人			
上記のとおり申請します。				
	年 月 日	個人番号		
	申請者(世帯主)	住所		
	氏名	電話		
	郡山市長			

1 領収書を添付してください。他に添付する必要のある書類は、その都度ご確認ください。
 2 ※印欄は、申請者は記入しないでください。

市確認欄	受付者	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他()
		申請者の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()
		代理権の確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()
		代理人氏名等	氏名() 申請人との関係()
	代理人の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()	