

石垣市 国民健康保険		国民健康保険移送費支給申請書		
被保険者証の記号番号	移送を受けた者の氏名 フリガナ	生	年	月 日
垣 国		S	年	月 日
		H		
		R		
個 人 番 号				

	支給区分	一 般	未就学児	前 期	高齢2割	高齢3割	退 職
移送年月日	H	年	月	日	移送に要した費用		
	R						
移送経路							
移送方法							
疾 病 名 及 び 原 因				発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年	月	日
支払いを希望する金融 機関・口座番号・口座 名義人	金融機関名	銀行・信金・労金 信組・農協・漁協			本店 支店		
	口座番号	普通	当座				
	フリガナ						
	口座名義人						

■付添人(医師・看護師)の氏名及び住所等

氏名	住所又は所属医療機関
----	------------

上記のとおり移送に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

住 所

【世帯主】 氏 名

電話番号

石垣市長 様

健康 保 険 課 処 理 欄	支給決定金額	受 付 欄