

保険証の記号番号を記入してください。

# 移送費支給申請書

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・9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	年	月	日
個人番号								

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	平成	年	月	日
	平成	年	月	日
から	まで	移送に要した費用	円	

付添人の氏名及び住所	
------------	--

上記のよき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

組合員の住所・氏名・個人番号を記入のうえ、捺印してください。電話番号は、記載内容の照会の確認に必要です。	平成	年	月	日	〒	電話
東京食品販売国民健康保険組合 殿						

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				

処理欄	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	
	支給額	円	支払年月日
	支給決定年月日		受付番号

入力	確認

決済欄	所長	課長	確認

扱者



**注**

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

移送したときに付添人がいる場合は、その方の氏名・住所を記入してください。

く記入してください。号を確認できる医療証等を提示してください。