

課 長	係 長	係	合 議

## 国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証の記号番号		留 萌		
移送を受けた 被保険者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
個 人 番 号				
疾 病 名		発病又は負傷 の 年 月 日		
傷病の原因		(具体的に)		
移送年月日 移送経路 移送方法		(具体的に)		
付き添いの有無	有・無	有の時は 付添人の	氏 名	
			住 所	
移送に要した 費用の内訳	利用交通機関		利 用 区 間	左の金額(円)
			～	
			～	
			～	
			～	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住 所

申請者(世帯主)

氏 名

印

個人番号

留萌市長 様

※この申請書に添付しなければならない書類

- ①移送を必要とする医師の意見書
- ②移送に要した費用の額を証する書類

## 移送を必要とする意見書

患者氏名		住 所	
傷 病 名			
移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由			
付添いがあった場合、その付添いを必要と認めた理由			
(必要と認めた理由)			
(手当等の内容)			
移送内容	経 路		
	方 法		
	年 月 日		

上記のとおり移送が必要であることを認めます。

年 月 日

保険医療機関の  
所在地及び名称  
保 険 医 師 名