



国民健康保険移送費支給申請書

| | | | | |
|-------------------------------------|-------|-------------|---|---|
| 被保険者記号・番号 | 始国 | 資格区分 | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一般・未就学児 <input type="checkbox"/> 一般・高齢 | <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 退職・未就学児 |
| 個人番号 | | | | |
| 移送を受けた被保険者氏名 | (男・女) | 生年月日 | 年 | 月 日 |
| 傷病名及びその原因 | | 発病又は負傷年月日 | 年 | 月 日 |
| 移送の経路 | 自 | 至 | | |
| 移送の方法 (付添いのある時は付添人の氏名、住所及び職務を記載) | | 移送に要した期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) | |
| 移送の費用 | 円 | 交通事故等の第三者行為 | 有 | 無 |

上記について、移送に要した費用に関する証拠書類を添えて支給申請をします。

受領について、
 振込（下記口座）
 窓口払い

を依頼します。

電話番号 () —

年 月 日

住所 _____

申請人（世帯主）

氏名 _____ ㊟

始良市長 殿

振込先口座

| | | | | | |
|------|------------------------------------|------------------------------------|----|-----------------------------|------------------------------|
| 金融機関 | <input type="checkbox"/> 鹿児島銀行 | <input type="checkbox"/> 鹿児島信用金庫 | 支店 | <input type="checkbox"/> 支店 | |
| | <input type="checkbox"/> 南日本銀行 | <input type="checkbox"/> 鹿児島興業信用組合 | | <input type="checkbox"/> 支所 | |
| | <input type="checkbox"/> あいら農業協同組合 | <input type="checkbox"/> 鹿児島相互信用金庫 | | 支所等 | <input type="checkbox"/> 出張所 |
| | <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行 | <input type="checkbox"/> () | | | |
| 預金種目 | 普通・貯蓄 | フリガナ | | | |
| 口座番号 | | 預金名義人 | | | |

※申請人と預金名義人が違う場合、委任状が必要です。

保険者記入欄

| | | | | |
|------|---|------|---|--|
| 負担割合 | <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 1割 | 収納状況 | <input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり ・分納履行中 ・誓約履行中 ・特別事情有り | この申請に係る世帯の世帯主及び被保険者全員に対する一部負担金の負担割合、国民健康保険税の収納状況を確認しました。 |
| | | | 確認者 | ㊟ ・公簿 ㊟ |

| | | | | | | |
|-------|---|---|------|---|-----|---|
| 本人負担額 | 円 | × | 給付割合 | = | 支給額 | 円 |
|-------|---|---|------|---|-----|---|

上記の申請について、（支給・却下）してもよろしいか。

| 決 裁 欄 | | | | | 起案年月日 | 決裁年月日 | 支給年月日 |
|-------|----|------|----|---|-------|-------|-------|
| 課長 | 参事 | 課長補佐 | 係長 | 係 | | | |
| | | | | | | | |