様式第5号（第7条関係）

国民健康保険移送費支給申請書

　　　　年　　月　　日

丸亀市長　　　　宛

申請者（世帯主）　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

次のとおり移送費の支給を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 |  |  |
| 移送を受けた被保険者 | 氏名 |  | 個　人　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日  |
| 世帯主 | 氏名 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 傷病名及び原因 |  | 発病又は負傷年月日 | 　　年　 月　 日 |
| 移送費用額 |  |
| 保険医の意見 | 発病又は負傷のため入院治療を必要と認めた理由 |  |
| 移送経路 |  |
| 移送方法 |  | 移送年月日 | 　　年　 月　 日 |
| 　　　　　　　年　　月　　日医療機関名保険医氏名　　　　　　　　　 |
|  |  |  |  |  |  |
| 付添人 | 氏名 |  | 住所 |  |

（注）付添人とは医師及び看護師のことで、家族等が付き添っても付添人とはなりません。