

理事長	副理事長	担当 常務理事	事務局長	課長	係長	担当者	受付番号	受付年月日

振込銀行名	銀行	支店	口座番号					
預金種類	普通	当座	その他 ()	(フリガナ)				
				名義				

移送費支給申請書

被保険者証 記号・番号	税 国							対象となる 者の氏名	
生年月日	昭和・平成	喜	月	日	性別	男・女	組合員と の続柄		
個人番号									
傷病名					発病(負傷)月日	平成	年	月	日
発病又は負傷原因									
現に入院中又はこれから入院する病院・診療所	名称				移送年月日	平成	年	月	日
	所在地								
移送経路及び移送方法					移送を必要とする理由				
付添いがあつた場合のみ記入	付添い人の住所及び氏名				移送に要した費用の額	円			

上記のとおり国民健康保険法施行規則第27条の11により、^①医師の意見書及び^②証拠書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

事務所代表者氏名 _____

申請人 住 所 _____

(組合員)

氏 名 _____ (印)

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

近畿税理士国民健康保険組合理事長殿

(注意事項)

(1) 添付書類

①次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書

一. 移送を必要と認めた理由(付添いがあつたときには、併せてその付き添いを必要と認めた理由)

二. 移送経路、移送方法及び移送年月日

②移送に要した費用の額に関する証拠書類(領収書等)

(2)後期高齢者医療制度の被保険者の方は、お住まいの市町村(後期高齢者医療)の窓口に申請してください