

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・令和	年	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		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		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。																			
令和 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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																			
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