

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証	記号	6 9											
	番号												
移送を受けた被保険者氏名等	氏 名												
	生年月日												性別 ()
個人番号													
傷病名及びその原因													
発病又は負傷年月日													
移送経路													
移送方法													
移送年月日													
付添人の住所													
付添人の氏名													
移送に要した費用の額	円												
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 岡垣町</p> <p style="padding-left: 100px;">氏 名</p> <p style="padding-left: 100px;">TEL</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">岡垣町長 様</p>													

意見書

移送経路	
移送方法	
移送年月日	年 月 日
	令和 年 月 日
医療機関名	
電話番号	
医師名	