理事長	常務理事	事務局長	担当者

国民健康保険　移送費　支給申請書

被保険者証の番号				
移送を要した被保険者	氏名		(准)組合員との続柄	
	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	個人番号（マイナンバー）			
傷病名及び原因		発病又は負傷年月日	年　月　日	
医師の意見	移送区間	から まで	移送を必要と認める理由又は必要と認めた理由	
	移送方法及び回数			
	移送年月日		費用見積額	円
	病院、診療所名及び担当医師氏名	年　月　日 印		

支給金の振込先　　銀行　　支店　普・当　No.

名義（フリガナ）

上記のとおり申請します。

年　月　日

住　所

（准）組合員　個人番号（マイナンバー）

氏　名　　印

兵庫県医師国民健康保険組合理事長　殿