

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	移送期間	から	移送を必要 と認める理 由又は必要と 認められた理由				
		まで					
	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			⑩			
支給金の振込先		銀行	支店、普、当 No. _____				
		(フリガナ) 名義					
受領委任状((准)組合員本人と振込先口座名義人が異なる場合は記入してください。) この給付の受領を、 (口座名義人住所) <input type="checkbox"/> (准)組合員と同じ (口座名義人氏名) 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 申請者((准)組合員氏名) _____ ⑩							
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 住 所 (准)組合員 個人番号(マイナンバー) 氏 名 ⑩ </div>							
兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿							