



移送費支給申請書

被保険者証の 記号・番号										移送を 受けた 被保険 者	氏 名					
傷病名及びそ の 原因											個 人 番 号					
発病又は負傷 の 年 月 日	年 月 日										世帯主との 続 柄					
移送経路及び 移 送 方 法	添付書類のとおり									付添い があつ た場合	付添人の氏名					
移送年月日	年 月 日										付添い人の 住 所					
移送に要した 費用の額										円	支給決定額					
振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座（マイナンバーカードに登録した口座）を利用する （利用する者は口座情報の記入不要）															
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する															
	金 融 機 関 名		銀 行 農 協 信 組 信 金		本 店 支 店 出 張 所		フリガナ 口座名義人									
口 座 種 別	普通 当座									口 座 番 号						
（世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名してください。） 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名																
上記のとおり、申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 安芸高田市 町 番地 氏 名 個人番号 電話番号 安芸高田市長 様																
[受付時確認] 添付書類等	次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書（当該医師又は歯科医師の記名押印のあるもの）及び移送に要した費用の額を証する書類															
受付者印	<input type="checkbox"/> 移送を必要と認めた理由（付添いがあったときには、併せてその付添いを必要と認めた理由）															
	<input type="checkbox"/> 移送経路、移送方法及び移送年月日															
	<input type="checkbox"/> 診断年月日															