

受付印

受理印

移送費支給申請書

被 保 険 者 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	円			
振込先	☐ 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）												
	☐ 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		☐ 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）											
		☐ 移送経路、移送方法及び移送年月日											
		☐ 診断年月日											