

様式第5号(第12条関係)

国民健康保険移送費支給申請書 ( 年 月分)					受付	確認
被保険者証の 記号・番号	奈3	移送を受けた 被保険者	氏名			
			生年月日			
			個人番号			
傷病名及び その原因				発病又は 負傷の年月日	年 月 日	
移送経路 及び方法				移送年月日	年 月 日	
医師、看護師等医学的管理 能力のある者の付き添い		有 ・ 無 (費用額 円)				
		住所				
		氏名				
移送に要した費用の額		円				
口座振替 (銀行・支店コード)	銀行 農協 信用金庫 ( )	本店 支店 ( )	1 普通	口座番号( )		
			2 当座	フリガナ		
			3 その他	名 義( )		
			( )	(世帯主に限る)		
<p>上記のとおり移送に要した費用に関する別紙証拠書類、及び医師又は歯科医師の意見書を添えて申請します。</p> <p>なお、この申請に関して課税台帳及びその他課税資料を確認することに同意します。</p> <p>年 月 日 住所 _____</p> <p>世帯主 氏名 _____ 印</p> <p>大和郡山市長 様 個人番号 _____</p> <p>届出人 氏名 _____ 印</p> <p>電話 _____</p>						
移送費支給額						
一般			退職			
円			円			
<p>備考 (添付書類)</p> <p>次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書及び費用の事実を証する書類を添付しなければならない。</p> <p>1 患者の移送が緊急その他やむを得ない場合であったとする理由</p> <p>2 医学的管理能力のある者が、患者の移送に付き添った場合、その付き添いを必要と認めた理由</p> <p>3 患者の症状により必要とされた移送経路、移送方法及び移送年月日</p> <p>4 1、2、3を記載した意見書には、これを証する当該医師又は歯科医師の診断年月日を記載し、記名及び押印をしなければならない。</p>						