

# 移送費支給申請書

被保険者証	記号	番号	-	移送を受けた被保険者氏名	性別	男・女
				個人番号		
被保険者の区分	組合員・家族			被保険者の生年月日	昭・平・令	年 月 日
傷病名及びその原因						
発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日			移送に要した費用の額	円	
移送経路	( km)					
移送方法				移送年月日	平成・令和 年 月 日	
付添人の氏名及び住所						
振込先金融機関名		預金種目及び口座番号		預金口座名義人		
銀行	普通	No.	口座名義	フリガナ		
信用金庫	当座					
支店						
<p>上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様</p> <p>〒 -</p> <p>組合員 住所</p> <p>氏 名 印</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>電話番号 ( )</p>						
<p>《 個人番号の利用目的について 》</p> <p>当組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収病無で利用します。</p>						

- ※ 申請にあたっては、移送を認めた理由、付添人を必要とした理由、移送経路、移送方法及び移送年月日についての意見書を添付してください。
- ※ 移送に要した費用の額に関する領収書等を添付してください。
- ※ 付添人の氏名及び住所については、医師又は歯科医師が前期の意見書により付添人の必要を認めた際に記入してください。
- ※ 郵送による申請の場合、個人番号を記入するため、簡易書留等の追跡可能な方法で送付してください。