

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 (マイナンバー)						
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	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。							
	<input type="checkbox"/> 指定口座を利用する							
	銀行コード				支店コード			
	金融 機関名	銀行 信用金庫			支店			
	預金種別	普通・当座			口座 名義	(フリガナ)		
口座番号								

上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

埼玉県薬剤師国民健康保険組合理事長 様

組合員 住 所

氏 名

個人番号
(マイナンバー)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

()

《 個人番号の利用目的について 》

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。

- ※ 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。
- ※ 公金受取口座を利用する場合は、「公金受取口座を利用する」の口欄にレ点を記入してください。
また、振込口座を指定する場合は「振込口座を指定する」の口欄にレ点及び口座情報を記入してください。