

国民健康保険移送費支給申請書				
被保険者の 記 号 番 号	(枝番)		連絡先(電話)	
移送を受けた 被保険者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	個人番号			
傷 病 名	(交通事故等の第三者行為 有 ・ 無)		発病又は負傷 の 年 月 日	年 月 日
発病又は負 傷 の 原 因			入院年月日	年 月 日
移 送 経 路				
移 送 方 法				
移 送 に 要 し た 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)			
付添いがあ ったとき	付添人氏名		移送に要した 費 用 の 額	円
	同 上 住 所			
鹿屋市長 様 上記のとおり移送に要した費用について関係書類を添えて申請します。 年 月 日 申請者（世帯主） 住 所 氏 名 個人番号				

受取 口座	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する。				
口 座 振 替 依 頼 欄	銀 行	店	口 座 番 号		
	信用金庫	支店			
	信用組合	所	種目：普通 ・ 当座 ・ その他		
	農 協	支所	口座名義人（カタカナ）		
	金融機関コード	店舗コード			
(委任欄) 本申請に基づく移送費の受領を代理人に委任します。 申請者（本人）の氏名 氏名 代理人の住所、氏名 住所 氏名 申請者との関係（ ） 代理人電話番号（ ）					