

下記のとおり移送費に要した費用の額を証する書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

申請人 (世帯主)	氏名		⑨	個人番号		
	住所	〒 _____ 電話番号 - -				
窓口に来られた方	氏名		⑨	続柄	(世帯主の)	
	住所	〒 _____ 電話番号 - -				
移送を受けた被保険者	被保険者番号 記号・番号	岡68 .	資格区分	<input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職被扶養		
	氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日		
	個人番号		世帯主との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> (世帯主の)		
	移送に要した費用		円 ※領収書を添付して下さい。			
	付添いを要した場合の付添人	住所				
	氏名					
振込先	金融機関名	銀行・信用組合・信用金庫・農協				
	口座区分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ			
	口座番号		口座名義人			

※世帯主以外の口座に振込依頼をする方は次に記入してください。

委任欄	上記により支給される療養費の受領を次の者に委任します。			
	受任者 (口座名義人)	[住所] _____ [氏名] _____ [続柄] 世帯主の _____ 連絡先(電話番号) - -	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 委任者 (世帯主) ⑨ </div>	

医師の意見欄	傷病名			
	発症・負傷年月日	令和 年 月 日	傷病原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 第三者行為
	移送を必要と認めた理由 (付添いの必要理由を含む)			
	移送年月日	令和 年 月 日	移送方法	
	移送経路			
	上記のとおり、移送の必要を認めます。			
	医療機関	所在地		
		名称		
		医師の氏名	⑨	