

移送費承認申請書

2021.2

被保険者番号						個人番号					
移送を受けた被保険者氏名					性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
傷病及びその原因											
発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日	移送に要した費用の額			円			
移送経路											
移送方法							移送年月日	令和	年	月	日
付添人の氏名及び住所											
振込先金融機関											
	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所			預金種目			口座番号			
					普通預金						
口座名義人	フリガナ										
<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>福岡県薬剤師国民健康保険組合 理事長殿</p> <p>〒 -</p> <p>申請者 住所</p> <p>(組合員) 氏名 ⑩</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>電話番号 () -</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医師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明細書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。

決 裁	理事長	常務理事	事務長	係	係
	令和 年 月 日 支給				