

決 裁	事務局長	係	入力済	突合済	決定年月日
					決定額

### 移送費支給申請書

被 保 険 者 の 記 入 欄	被保険者記号番号	香組4			
	移送を受けた被保険者	氏名			生年月日 昭・平・令 年 月 日
	付添人	氏名	住所		
	移送に要した費用の額	円			

療 養 担 当 保 険 医 の 意 見 及 び 証 明 欄	傷病名				
	発病又は負傷の原因				
	発病又は負傷の年月日	令和	年	月	日
	移送経路				
	移送方法				
	移送年月日	令和	年	月	日
	移送を必要と認めた理由 (付添いがあったときは、 付添を必要と認めた理由)				

上記のとおり相違ありません。  
令和 年 月 日  
保険医療機関所在地・名称  
保 険 医 氏 名 印 印

上記のとおり、移送に要した費用の領収書を添えて支給申請をします。  
令和 年 月 日

組合員住所 \_\_\_\_\_ 電話番号(日中連絡のとれるもの) \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 個人番号 \_\_\_\_\_

香川県建設国民健康保険組合理事長殿

給 付 金 支 払 指 図	給付金の支払方法 (番号を○で囲んで ください。)	1. 給付金等振込指定口座への振込 2. マイナポータルから登録した公金受取口座への振込 3. 別途振込 4. 支部窓口払		<small>(組合員名義以外の口座への振込を希望する場合は、この委任欄に記入してください。)</small> <b>委 任 欄</b> この申請に基づく給付金の受領を下記受任者へ委任 します。 令和 年 月 日  組 合 員 住所 _____ 氏 名 _____ 印  受 任 者 住所 _____ 氏 名 _____ 印  香川県建設国民健康保険組合理事長殿	
	口座名義 (カタカナで、左詰で記入してください。姓と名の間は1字空けてください。)				
	ゆうちょ 銀 行	通帳記号	通帳番号 (右詰で記入してください。)		
	銀 行	百十四 銀行	本 店 支 店 出張所		店 番

口座種目 普通 ・ 当座 口座番号 (右詰で記入してください。)

支 部 長 氏 名 _____	印 _____
-----------------	---------

