

豊田市国民健康保険移送費支給申請書

豊田市長 様

注意 太枠内を記入してください。

申請年月日 年 月 日

申(世帯主者)	住所	
	氏名	
	個人番号	

被保険者記号番号	移送を受けた被保険者名	被保険者区分
—		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者
個人番号	生年月日	世帯主との続柄
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

付添人	住所	
	氏名	

振込口座	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
	預金種別	口座番号	フリガナ
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	(店番)	名義人

傷病名	発病・負傷年月日
	年 月 日

傷病の原因

移送年月日	移送に要した費用の額
年 月 日	

移送経路	移送方法
------	------

※世帯主以外の口座に振り込みを希望される場合は、下記の受領委任状を記入してください。

受領委任状	
今回の移送費の受領に関する権利を下記のとおり委任します。	
記	
受任者	住所 _____ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	氏名 _____
委任者	氏名 _____ (印) 自署の場合は押印不要
(世帯主)	

添付書類

- 1 医師又は歯科医師の意見書
- 2 領収書

(窓口に来た人)	(続柄)	滞納	充当	福祉医療	受付
本人確認：免・個・在・身・他 ()		有・無	するしない	ありなし	