



受付印

受理印

### 移送費支給申請書

被保険者証の 記号・番号										移送を受けた 被保険者	氏 名			
傷病名及びその 原因											個人番号			
発病又は負傷 の年月日		年 月 日									世帯主との 続 柄			
移送経路及び 移送方法		添付書類のとおり								付添い があった 場合	付添人の氏名			
移送年月日		年 月 日									付添い人の 住 所			
移送に要した 費用の額		円								支給決定額	円			
振 込 先	金融機関名称	農協 銀行						所 店	フリガナ 口座名義人					
	預金種別	普通 当座							口座番号					
<p>上記のとおり、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 安芸高田市 町 番地</p> <p>氏 名 個人番号 電話番号</p> <p>安芸高田市長 様</p>														
[受付時確認] 添付書類等		<p>次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書（当該医師又は歯科医師の記名押印のあるもの）及び移送に要した費用の額を証する書類</p> <p><input type="checkbox"/> 移送を必要と認めた理由（付添いがあったときには、併せてその付添いを必要と認めた理由）</p> <p><input type="checkbox"/> 移送経路、移送方法及び移送年月日</p> <p><input type="checkbox"/> 診断年月日</p>												
受付者印														