

様式第13号

国民健康保険移送費支給申請書

年 月 日

小国町長 殿

住所
世帯主
氏名 ⑩

被保険者証 の記号番号	被保険者の氏名 及び生年月日		大・昭・平 年 月 日 男・女	
	世帯主との続柄		退職者医療	本人・被扶養
被保険者の住所				
傷 病 名		発病又は負傷年月日	年 月 日	
発病又は負傷の原因				
療養を受けた病院、診 療所	名 称 所在地			
移 送 経 路	から	まで	移送距離	km
移 送 年 月 日	年 月 日		移 送 先	病院
移送方法及び回数				
医師が必要と判断し た付添人	住 所 氏 名			
移送に要した費用額	円			

注)次の書類を添付すること。

- 1 医師又は歯科医師の意見書
- 2 移送に要した費用の領収書