

国民健康保険 療養費支給申請書（移送費・続紙）

| | | | |
|----------------|---------------|------------|-----------------------|
| 記号・番号 | 倉・●●●●●● — ● | 生年月日 | 3.昭 4.平 5.令和 ●年 ●月 ●日 |
| (移送を受けた)被保険者氏名 | 佐倉 花子 | 性別 | 1.男 2.女 |
| 傷病名及びその原因 | 脳梗塞 | 発病又は負傷の年月日 | 4.平成 5.令和 ●年 ●月 ●日 |
| 移送経路(区間) | ●●病院から△△病院まで | | |
| 移送方法 | 民間移動搬送車にて転院移送 | 移送年月日 | 4.平成 5.令和 ●年 ●月 ●日 |
| 付添人氏名 | | 付添人住所 | |
| 移送に要した費用 | ●●, ●●● 円 | | |

上記のとおり証拠書類を添えて申請します。

令和 ●年 ●月 ●日

世帯主 住所 佐倉市●●町●●番地

氏名 佐倉 太郎

電話番号 ●●●-●●●-●●●●

宛先 佐倉市長