

専務理事	事務長		係

移 送 費 支 給 申 請 書

支給決定額	百万	拾万	万	千	百	十	円
被保険者証記号			番 号				
移送を受けた被保険者の氏名			個人番号 (マイナンバー)				
組合員との続柄			被保険者の 生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和		
傷病名及びその原因			発症又は傷病の理由		1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）		
発病または負傷の年月日			令和 年 月 日		移送に要した費用の額		円
移送経路			(km)				
移送方法			移送年月日		令和 年 月 日		
付添人の氏名及び住所							
振込先金融機関名			支店名		店		
口座番号			普通	番号【右ヅメでご記入ください】		フリガナ	
			当座			名義人	
			貯蓄				
<p>関東信越税理士国民健康保険組合 理事長 様 上記のとおり必要書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>自宅住所 〒</p> <p style="text-align: right;">個人番号（マイナンバー）</p> <p>申請人(組合員) 氏名</p>							

■注意事項

・個人番号（マイナンバー）は番号法、国民健康保険法及び施行規則に基づいた事務手続きに必要となります。

・付添人の氏名及び住所については、主治医が意見書により付添人の必要を認めた際に記入してください。

■添付書類について

・主治医の意見書（原本）

※移送を認めた理由、付添人を必要とした理由、移送経路、移送方法及び移送年月日の記載があるもの

・移送に要した費用の額に関する領収書（原本）