

保険給付費 移送費支給決定伺

令和 年 月 日

支給決定額	円	常務理事	事務局長	課長	係長	係員
記号番号	87-	受給者氏名				
組合員氏名		移送年月日	令和	年	月	日

*上記は記入しないでください

様式第84号

移送費支給申請書

NO. _____

記号・番号	87-	移送経路と方法	(移送年月日 令和 年 月 日)		
移送を受けた者の氏名			付添いがあつた場合		
生年月日	年 月 日			男・女	
移送に要した費用の額	円				
傷病名		付添いがあつた場合	付添人の		
傷病の原因 と 発病・負傷の年月日	原因 年 月 日		住所 _____	氏名 _____	

上記のとおり移送に要した額を証する書類を添付し申請します

令和 年 月 日

組合員住所

組合員氏名

全国左官タイル塗装業国民健康保険組合 理事長殿

医師・歯科医師の意見書

患者名	
診断年月日	令和 年 月 日
移送を必要と認めた理由	付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由をご記入ください
移送経路・移送方法	(移送年月日 令和 年 月 日)
上記のとおりであることを証明します	
令和 年 月 日	
医療機関名称	
担当医師	