

国民健康保険移送費申請書

被保険者証記号番号			
移送を受けた被保険者の氏名	性別	生年月日	
(ふりがな) -----	男・女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
傷病名とその原因		発病又は負傷年月日	
		令和 年 月 日	
付添人氏名		付添人住所	
移送経路			
移送方法			
移送費用			
移送年月日			
上記のとおり根拠書類を添えてお届けいたします。 令和 年 月 日 山梨県医師国民健康保険組合理事長 殿 第一種組合員 住 所 氏 名 ㊟			
移送を必要とする理由	移送経路		
	移送方法		
	移送年月日	令和 年 月 日	
上に掲げる理由で移送の必要を認めます 令和 年 月 日 医師又は、歯科医師の 住 所 氏 名 ㊟			