

(この欄は記入しないでください)

起 案 年 月 日	支出費目	款	保険給付費	項	療養諸費	目	療 養 費	節	負担金補助金及び交付金
	支 給 (出) 金 額	¥	—			資 格 取 得	年 月 日		
	支 給 期 間	自	年 月 日	至	年 月 日	種 別	事・従 家	受 付 印	
備 考	年 月 支給決定分								
<法第54条1項による> (小切手No. 振込 )									

移 送 費 支 給 申 請 書									
被保険者 証の記号 番 号			療養を受 けた被保 険者氏名	年 月 日生			組 合 員 の 続 柄		
傷 病 名 発 病 負 傷 年 月 日				個 人 番 号					
療 養 担 当 者 の 住 所				移 送 年 月 日	年 月 日				
				移 送 に 要 し た 費 用	* 円				
移 送 を 必 要 と す る 理 由									
移 送 を 必 要 と す る 区 間									
<p>上記のとおり移送に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>組 合 員</p> <p>氏 名</p> <p>大阪府小売市場国民健康保険組合理事長 様</p>									

銀 行 振 込 欄	振 込 先								
	種別・口座番号								
	口 座 名 義 人	(フリガナ)							

(注) 預金口座名義人は組合員に限ります。

領 収 欄	<p>(受領者) 金 円也 領収しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>氏名</p>
-------------	---