

|     |      |     |   |
|-----|------|-----|---|
| 理事長 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|     |      |     |   |

## 看 護 移 送 費 承 認 申 請 書

|      |    |             |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------|----|-------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 記号番号 | 石医 | —           | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |    | 組合員との<br>続柄 | 氏名   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                 |  |                 |       |
|-----------------|--|-----------------|-------|
| 傷病名             |  | 発病又は負傷<br>年 月 日 | 年 月 日 |
| 発病又は負傷<br>原因    |  | 移 送<br>年 月 日    | 年 月 日 |
| 移送方法            |  | 移送に要した費用        | 円     |
| 移送区間            |  |                 |       |
| 移送を必要と<br>認める理由 |  |                 |       |

|             |       |         |                    |     |  |                 |
|-------------|-------|---------|--------------------|-----|--|-----------------|
| 振<br>込<br>先 | 金融機関名 |         | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 支店名 |  | 本店<br>支店<br>出張所 |
|             | 口座種別  | 普通 ・ 当座 | フリガナ               |     |  |                 |
|             | 口座番号  |         | 口座名義人              |     |  |                 |

上記のとおり医師の意見書を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 令和      年      月      日<br><br><br>組合員 | 住所<br>_____<br><br>氏名<br>_____<br><br>個人番号<br><table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(あて先)  
石川県医師国民健康保険組合理事長