様式20

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		組合員との続柄		氏名	

傷病名		発病又は負傷年月日	年　月　日
発病又は負傷原因		移送年月日	年　月　日
移送方法		移送に要した費用	円
移送区間			
移送を必要と認める理由			

振込先	金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合	支店名　　本店 支店 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。

平成　　年　　月　　日

住所

組合員　氏名　　㊞

個人番号

石川県医師国民健康保険組合理事長　様