

支出科目	款	保険給付費	項	移送費	目	移送費	節	負担金補助及び交付金
支給額	給(出)額	¥			資格取得	昭和 平成 令和	年 月 日	
支給期間	自	令和 年 月 日	至	令和 年 月 日	日間	資格種別	事・従 家	受付印
備考								

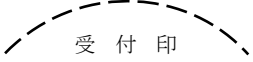
この欄は記入しないで下さい

移送費請求書			
被保険者番号	枝番	被保険者氏名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日生
傷病名		移送に要 した費用	円
移送区間 及び利用 交通機関	から まで	移送担当 者の名称氏名	令和 年 月 日
病院又は診 療所の所在 地及び名称			
備考			
<p>上記のとおり別紙承認書並びに領収書を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日 (〒 -) 住 所</p> <p>組合員(申請人) 氏 名</p> <p>大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿</p>			

※続紙(個人番号記入用)も記入願います。

- ・預金口座は、組合員に限ります。ただし、本人死亡の場合はその相続人(申請人)となります。
- ・ゆうちょ銀行に振込希望の方は、振込専用の店名(漢数字3文字)・種目・口座番号を記入下さい。

振込先	銀行・信用金庫 信用組合		銀行コード		
	支店 出張所		支店コード 種別		
種別	1. 普通(総合口座) 2. 当座	口座No.			
(フリガナ)					
名 義					

決 裁	専務理事		事務局長		課長		課長補佐		係長		主任		係	
伺 下記の通り承認してよろしいか。 令和 年 月 日														
移 送 区 間 及 び 利 用 交 通 機 関	自 _____				移送に要 する費用 (見積額)		円							
	至 _____													
移送年月日	令和 年 月 日				資 格 種 別	事・従 家		 受 付 印						
備 考														

移 送 承 認 申 請 書 ・ 移 送 届

被 保 険 者 番 号	枝 番	移 送 を 必 要 と す る 者 の 氏 名	昭・平・令 年 月 日生	
傷 病 名		発 病 また は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日	
移 送 を 必 要 と する 区 間	から まで	移 送 方 法 及 び 見 積 額	円	
理 由	別 紙 医 師 意 見 書 の と お り			
療 養 取 扱 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称				
備 考				
上 記 の と お り 申 請 し ます。 (〒 _____) Ⅲ (_____) 令和 年 月 日 住 所 組 合 員 (申 請 人) 氏 名 大 阪 府 食 品 国 民 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿				

移送を必要とする医師意見書

患者の 氏名及び 生年月日	男・女 昭・平・令 年 月 日生	(住所)	
傷病名		発病または 負傷年月日	
移送を 必要と する区間	から まで	移送方法	
		移送予定日	
移送を必要とする理由並びに傷病の経過、現在の症状等記入欄（具体的に） <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
上記の理由により移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 所在地 療養取扱機関 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 名称 国民健康保険医氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>			

【個人番号記入用】

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。

[記 入 欄]

住 民 票 住 所	
-----------	--

被 保 険 者 番 号												枝 番				
組 合 員	個人番号 ※1 (マイナンバー)															
	氏 名															
	生 年 月 日	昭・平	年	月	日	性別	男 ・ 女									

被 保 険 者 番 号												枝 番				
家 族	個人番号 ※1 (マイナンバー)															
	氏 名															
	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	性別	男 ・ 女									
	組合員との続柄															

被 保 険 者 番 号												枝 番				
家 族	個人番号 ※1 (マイナンバー)															
	氏 名															
	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	性別	男 ・ 女									
	組合員との続柄															

※1:通知カード又は個人番号カードに記載の個人番号(12桁)をご記入ください。