

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	金額	¥			資格取得	昭和 平成 令和	年	月	日
支給期間	自	令和	年	月	日	資格	事・従		
	至	令和	年	月	日	種別	家		
備考	<b>記入不要</b>							受付印	

この欄は記入しないで下さい

<b>記入例</b>				<b>移送費請求書</b>			
被保険者番号		枝番	被保険者氏名		食品 二郎		
188010010001		03	及び生年月日		昭平・令 56年 9月 5日生		
傷病名	〇〇骨折		移送に要した費用	15,000 円			
移送区間及び利用交通機関	〇〇病院 から		移送担当者の名称氏名	保険 三郎			
	〇〇総合病院 まで						
	寝台自動車		移送年月日	令和 〇年 〇月 〇日			
病院又は診療所の所在地及び名称	(〒×××-◇◇◇◇)						
	〇〇市△△区□□□□1-2-3						
	〇〇総合病院 (移送先の病院)						
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 style="text-align: right;">(〒×××-◇◇◇◇) TEL 012 (3456) 7890</p> <p>令和 〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">住所 〇〇市△△区□□□□1-1-10</p> <p style="text-align: right;">組合員(申請人) 氏名 食品 太郎</p> <p style="text-align: right;">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、組合員に限りです。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	食品	銀行・信用金庫 信用組合	銀行コード 1 2 3 4						
	中央	支店	出張所 支店コード 種別 1 2 3 1						
種別	1. 普通(総合口座) 2. 当座	口座No.	1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ)	シヨクヒン タロウ								
名義	食品 太郎								

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 _____ 至 _____		移送に要 する費用 (見積額)		円		
	移送年月日	令和 年 月 日	資 格 種 別	事・従 家	受 付 印		
備 考	<b>記 入 不 要</b>						

**記入例**

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	<b>食品 二郎</b>	
<b>188010010001</b>	<b>03</b>	<b>昭・平・令</b>	<b>56</b> 年	<b>9</b> 月 <b>5</b> 日生
傷 病 名	<b>〇〇骨折</b>		発 病 ま た は 負 傷 年 月 日	令 和 〇 年 〇 月 〇 日
移 送 を 必 要 と す る 区 間	<b>〇〇病院</b>		移 送 方 法 及 び 見 積 額	<b>寝台自動車</b>
	<b>〇〇総合病院</b>			<b>15,000</b> 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	(〒×××-◇◇◇◇) <b>〇〇市△△区□□□□4-5-6</b> <b>〇〇病院 (意見書発行された病院)</b>			
備 考				
<p>上 記 の と お り 申 請 し ま す 。</p> <p style="text-align: right;">(〒×××-◇◇◇◇) TEL <b>012 (3456) 7890</b></p> <p>令 和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 <b>〇〇市△△区□□□□1-1-10</b></p> <p style="text-align: center;">組 合 員 (申 請 人)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <b>食品 太郎</b></p> <p>大 阪 府 食 品 国 民 健 康 保 険 組 合 理 事 長 殿</p>				

**記入例**

**【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。

◎寝台自動車等で移送された方の個人番号を記入してください。  
◎加入されている世帯全員の個人番号の記入は必要ありません。

[ 記 入 欄 ]

住 民 票 住 所	〇〇市△△区□□□□1-1-10
-----------	------------------

例1) 移送費の請求で 申請人 食品 太郎 寝台自動車等で移送された方 食品 太郎  
→食品 太郎の個人番号を記入

被 保 険 者 番 号		1 8 8 0 1 0 0 1 0 0 0 1										枝番	0 1				
組 合 員	個人番号 ※1 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	9	0				
	氏 名	食品 太郎															
	生 年 月 日	(昭) 平		26		年		4		月		1		日		性別	(男) ・ 女

例2) 移送費の請求で 申請人 食品 太郎 寝台自動車等で移送された方 食品 二郎  
→食品 二郎の個人番号を記入

被 保 険 者 番 号		1 8 8 0 1 0 0 1 0 0 0 1										枝番	0 3					
家 族	個人番号 ※1 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	2					
	氏 名	食品 二郎																
	生 年 月 日	(昭) 平・令		56		年		9		月		5		日		性別	(男) ・ 女	
	組合員との続柄	子																

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。