

様式第9号（第14条関係）

移 送 費 支 給 申 請 書					
被保険者証の記号番号					
移送を受けた 被 保 険 者	住 所				
	氏 名		個人番号		
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
	保険種別	一般 ・ 退職本人 ・ 退職被扶養			
付 添 人	住 所				
	氏 名				
発病又は 負傷の年月日	年 月 日	移送の 年月日	年 月 日		
傷 病 名 及 び 原 因					
移送の方法 移送の経路					
移送に要した費用額	円				
<p>上記のとおり移送に要した費用の額に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 尚、上記申請にかかる代金は下記の口座へ振込されるよう依頼します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 岐阜県加茂郡八百津町</p> <p>世帯主氏名 ⑩</p> <p>電 話 番 号</p> <p>八百津町長 様</p>					
振 込 先	銀行 信用金庫 農協	支店	普 ・ 当	口座番号	
				フリガナ	
				口座名義	

※ 添付書類 様式9号の2（移送を必要とする医師の意見書） 領収書

世帯主（申請者）と口座名義人が違う場合は下記に署名・押印してください。

上記名義人口座への振込を承諾します。 申請者（世帯主）氏名

⑩