

支給日 年 月 日

常務理事	事務長	課長	係	支給金額		本人確認		
				円		個人 番号	台 帳	身 元
移送費支給申請書								
被保険者証の記号番号		鹿歯・鹿歯従						
療養を受けた 被保険者の氏名				昭平		年 月 日		
生年月日・個人番号		組合員との続柄						
傷病名								
発病、負傷年月日								
傷病の原因								
移送経路								
移送方法								
移送年月日		平成	年	月	日	付添人の有無		有・無
付添人の 氏名・住所								
移送に要した費用		円						
備考								
振込先		銀行 金庫						
		1. 普通		口座番号 No.				
		2. その他 ()		(フリガナ) 口座名義				
上記のとおり申請します。								
平成 年 月 日 (〒 -)								
組合員本人 住所								
氏名 (印)								
(自宅電話番号 - -)								
鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿								

※本申請書には、移送に要した費用の領収書を添付してください。

※支給の時効は国民健康保険法により2年となります。