

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 店						
	1. 普通 2. その他 ()	口座番号 No.					
		(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。
 ※組合員本人の身元確認書類（運転免許証のコピー等）を必ず添付して下さい。
 ※支給の効力は国民健康保険法により2年となります。