

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									
被保険者記号・番号 <small>(マイナポータルや資格情報通知書、資格確認書等 を確認して記入)</small>	鹿歯・鹿歯従			枝番【 】					
療養を受けた 被保険者の氏名				昭和 平成 令和	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	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								
				金庫					
	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。 <small>※申請内容について電話連絡することがありますので、日中に連絡のつく番号を記入してください</small>									
令和 年 月 日 (〒 -) 組合員本人 住所 氏名 (電話番号* - -) (印) 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。