

様式第29号(第25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 被保険者氏名			性別	
	個人番号				
一般・退職被 保険者等の別	一 般 <input type="radio"/> <input type="radio"/>	本 人 被扶養者	被保険者の 生年月日	年 月 日	
傷病名及び その原因					
発病又は負傷 の年月日	年 月 日		移送に要し た費用の額	円	
移送経路	(km)				
移送方法			移送年月日	年 月 日	
付添人の氏名 及び住所					
振込希望の金融機関					
銀 行 信用金庫 農 協	支店	口座番号	普通・当座		
			フリガナ		
			名義人		
上記のとおり、別紙証拠書類を添えて申請します。					
年 月 日					
(あて先)吉川市長					
住 所					
世帯主 氏 名 <input type="text"/>					
個人番号 <input type="text"/>					
印 <input type="text"/>					

- 備考
- ・申請に当たっては、移送を認めた理由、付添人を必要とした理由、移送経路、移送方法及び移送年月日についての意見書を添付してください。
 - ・移送に要した費用の額に関する領収書等を添付してください。
 - ・付添人の氏名及び住所については、医師又は歯科医師が前記の意見書により付添人の必要を認めた際に記入してください。