**国民健康保険 移送費 支給申請書**

売木村長　様

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（世帯主） | | | | | | | | | | | | |  | 窓口に来た方 | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | |  | ※ 世帯主の場合、記入は不要です。 | |
| 氏名 | ㊞ | | | | | | | | | | | |  | 氏名 | ㊞ |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 世帯主と  の続柄 |  |
| 電話 |  | | | | | | | | | | | |  |  |  |

下記のとおり、移送に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証  の記号番号 | | **・** | | | | | | | | | | | | | １．一般 ２．退職本人 ３．退職家族 | | | | | | | | | | | | |
| 移送を受けた被保険者 | | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | 男・女 | | 世帯主と  の続柄 | | | | |  | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | |  | |  | |  | | |  |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  |  |  |
| 付添人の  住所・氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先  金融機関 | | 銀行  信用組合  信用金庫  農協 | | | | | 本店  支店  支所  出張所 | | | | | | 口座の種別 | | | | | １普通 ２当座 ３その他（ 　　） | | | | | | | | | |
| 口座番号 | | | | |  | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | |
| 委任状 | | (申請者と口座名義人が相違する場合は、下記に記名・押印してください。)  国民健康保険移送費の受領について、上記の口座名義人に委任いたします。  　　　　　申請者（世帯主）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師又は歯科医師の意見 | 傷病原因 | | 一般疾病  第三者行為 | | 傷病名 | | | | |  | | | | | | | | | 発病(負傷)  年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 移送(及び付添)を  必要と認めた理由 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 費用の  見積額 | | | | | 円 | | | |
| 移送経路 | | | | | | | | 移送方法 | | | | | | | | | | | | 移送年月日 | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 上記のとおり移送の必要を認めます。  　　　年　　　月　　　日  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 以下、市町村自由使用欄 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**委任状**

長　様

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
| （委任をする人） | 氏名 | ㊞ |
|  | 電話 |  |

私は、下記の者を代理人と定め、次の事項を委任します。

売木村国民健康保険の

１　国民健康保険証（高齢受給者証）の再発行の手続き及び受領に関すること

２　限度額適用認定証及び標準負担額減額認定証の発行及び受領に関すること

３　国民健康保険税（料）に関すること

４　その他の事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）に関すること

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住所 |  |
| （委任を受けた人） | 氏名 |  |
|  | 電話 |  |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 以下の欄は、記入不要です。 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

|  |  |
| --- | --- |
| 来庁者の確認 | **（１点確認）**  ① □個人番号カード  ② □運転免許証・運転経歴証明書　　□旅券（パスポート）　　□（　　　　）手帳  □在留カード　　□特別永住証明書  ③ □官公署から発行・発給された写真付の証等（　　　　　　　　　　　　　）  ＜氏名、生年月日又は住所記載のもの＞  【① - ③の証の発行・登録番号等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  **（２点確認）**  ④ ア □被保険者証　　□年金手帳　　□児童手当・児童扶養手当証書  イ 官公署・個人番号利用事務実施者・個人番号利用事務関係者発行の書類等  ＜氏名、生年月日又は住所記載のもの＞  □　　　　　　　　　被保険者証　　□国保税納税通知書等　　□　　　　　　　　　証書（手帳）  証・種類名等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  【④の証・書類の発行・登録番号等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ⑤ その他の書類等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |