

様式第23号の3(第37条関係)

決	市長	副市長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係員	支	決定番号	第 号
										審査決定額	
										療養の給付に要する費用	
										他法負担分	
裁	年 月 日								給	一部負担分	
	右のとおり決定してよろしいか。									支給決定額	
										不支給理由	

国民健康保険移送費支給申請書

被保険者証の 記 号 番 号		記 号	筑 西	番 号		
移送を受けた被 保険者名	氏 名			退職被保険者 該 当 の 有 無	有 ・ 無	
	生年月日	年 月 日				
	個人番号					
傷 病 名				発 病 又 は 傷 病 年 月 日	年 月 日	
発 病 又 は 傷 病 の 原 因						
付添いのあったとき 付 添 人 名 他		傷病年月日 年 月 日				
移送を担当した者		[氏名又は名称] (資格：看護師 准看護師 看護 補助者)		[住所又は所在地]		
移 送	移 送 経 過			移送に要した 費 用	円	
	方 法	回数 回		[添付書類] (1) 領収書 (2) 移送を必要とする意見書		
	移 送 日	年 月 日				

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電 話

筑西市長 様

記入例

様式第23号の3(第37条関係)

決	市長	副市長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係員	支	決定番号	第 号
										審査決定額	
										療養の給付に要する費用	
										他法負担分	
裁	年 月 日								給	一部負担分	
	右のとおり決定してよろしいか。									支給決定額	
										不支給理由	

国民健康保険移送費支給申請書									
被保険者証の記号番号		記号		筑西		番号		010099999901	
移送を受けた被保険者名	氏名		筑西 太郎			退職被保険者該当の有無		有・ 無	
	生年月日		昭和 50年 1月 1日						
	個人番号		1234 5678 9101						
傷病名		●●●●			発病又は傷病年月日		年 月 日		
発病又は傷病の原因		分かる場合記入							
付添いのあったとき付添人名他		傷病年月日 年 月 日							
移送を担当した者		[氏名又は名称] (資格: 看護師 准看護師 看護補助者) 株式会社■■■				[住所又は所在地] 茨城県筑西市丙9999			
移送	移送経過		〇〇病院から▲▲病院			移送に要した費用		9,000円	
	方 法		回数 1 回			[添付書類] (1) 領収書 (2) 移送を必要とする意見書			
	移送日		令和7年 2月 28日						
上記のとおり申請します。									
令和 7年 3月 3日									
世帯主 住 所 筑西市丙360番地									
氏 名 筑西 太郎									
個人番号 1234 5678 9101									
電 話 0296-24-2103									

筑西市長 様