

決 裁	事 務 長		係 長		担 当 者	
--------	-------------	--	--------	--	-------------	--

起 案 年 月 日	支出費目	款	保険給付費	項	療養諸費	目	療養費	節	負担金補助及び交付金	
	決 定 金 額					資 格 取 得	昭 和 平 成	年	月	日
	支 給 金 額					円				
	備 考									

移送承認申請書

平成 年 月 日

下記のとおり移送に要した費用の明細書(領収書)を添えて申請します。

大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様

住所

世帯主
(組合員)

生年月日 昭・平 年 月 日 男・女

氏名

㊞

個人番号
(マイナンバー)

被保険者証の記号番号		浴 国							
移送承認 申請対象者	住所								
	氏名	㊞	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女	
			個人番号 (マイナンバー)						
傷病名及び原因									
発病又は負傷年月日		平成 年 月 日							
保 険 医 の 意 見	移送を必要と認める理由又は必要と認められた理由								
	移送区間								
	移送方法及び回数								
	移送年月日								
	移送見積額								
	医療機関名 担当者名	平成 年 月 日							
		㊞							

※込致しますので、下記へご記入下さい

銀行名		支店名	支店
預金種目	1. 普通 2. 当座	フリガナ	
口座番号		名義人	