 本件の支給額を 決定し支給を命 ずる理事 長	専務理事	事務局長	事務局次長	給付課長	係長	係	支部係
	令和 年 月 日					支払命令 第 号	

国民健康保険移送費支給申請書

(注) 裏面の口座振込み依頼に記入してください。

被保険者 記号・番号				受付番号			
移送を受けた 被保険者の 氏名・生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			組合員と の続柄			
	個人番号						
傷病名				発病・負傷 年月日	令和	年	月 日
移送経路							
移送方法				移送年月日	令和	年	月 日
付添人	氏名			住所			
移送に要した費用額				金 円			

上記のとおり、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。

令和 年 月 日 〒

住所

氏名

組合員

電話番号

個人番号

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

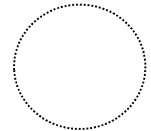
下記のとおり移送費の支給額を決定してよろしいか

移送に 要した 費用額		審 査 決 定		支給決定額
		審査結果増減額	費用額	
円		円	円	円

本部受付印



支部受付印



口座振込み依頼

支給決定額については、下記口座に振込みください。

(フリガナ) 名義人の氏名	指定金融機関名	預金区分	口座番号
	銀行	本店	普通
	信用金庫	支店	当座
	農業・漁業協同組合	出張所	貯蓄

私の名義の口座がありませんので、支給金受領については

に委任しますから、上記口座へ振込みください。

申請人

申請人が手書きしない場合は、記名押印してください。

- 備考
- 1 申請人名義の口座がない場合、上記委任欄ご記入いただければ指定口座へ振込みます。
 - 2 預金区分の欄は、該当のものに○印で囲んでください。
 - 3 「支給移送費決定通知書」を送付しますので、入金の確認をお願いします。

ご不明な点があれば、当組合事務局給付担当者までご連絡ください。