

別記様式第6号

国民健康保険移送費（差額）支給申請書

（一般・退職本人・退職扶養）

（高齢受給者： 割）

被保険者証記号番号		個人番号	
療養を受けた被保険者	住所	世帯主との続柄	
	氏名	年 月 日生	
傷病名	年 月 日	移送期間	年 月 日から
発病負傷年月日			年 月 日まで (日間)
傷病の原因	移送方法		
移送経路	移送に要した費用額		円
	被保険者が支払った費用額		円
付き添いがあったとき	付添人の住所		
	付添人の氏名		
備考	申請額		円
苫前町長 宛 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。 年 月 日 申請者（世帯主）住所 氏名			
支払方法	現金払 ・ 口座振込	銀行・信金 本・支店	預金種目 普通・当座・納準・別段
		(フリガナ) 口座名義人	口座番号

※振込先が世帯主名義の口座でない場合は、下の委任状に記入・押印が必要です。

委任状	
私は、	(住所) _____ (氏名) _____ (続柄: _____) を代理人と定め、
	年 月 日付で申請した苫前町国民健康保険の移送費（差額）の受領に係る権限を委任します。
	年 月 日
	委任者（世帯主）住所 _____
	氏名 _____ 印