

様式第33号(第35条関係)

決 裁	課 長	課 補 長 佐	係 長	担 当	支	決 定 番 号	第 号
						審 査 決 定 額	点
						療養の給付に要する費用	
	年 月 日 右のとおり決定したい。				(起案者)	他 方 負 担 額	
						一 部 負 担 金	
						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		番 号		
被傷病・発病	氏名	療養期間			退職被保険者該当の有無	有・無
	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	性 別	男・女	
傷 病 名				発病又は傷病年 月 日	年 月 日	
付添いのあった時付添い人他		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					

上記のとおり，申請します。

世帯主 住 所
氏 名
電話番号 ()

東海村長 様

処 理 区 分	台帳	通知	支給		療養費審査委員会 処 理	審査月	整理番号	審査済印