様式第12号

国民健康保険移送費支給申請書

移送を受けた被保険者	記号	番号	枝番	組合員との続柄	
	氏　名			生年月日	
	個人番号 マイナンバー			昭・平・令　年　月　日	

移送について	傷病名		発病または負傷年月日	令和　年　月　日
	移送年月日	令和　年　月　日	要した費用	円
	移送方法			
	移送区間	から		まで
	必要と認める理由			

上記のとおり移送を必要と認めます。

令和　年　月　日

医療機関名

住 所

（医師）氏 名　　㊞

支給金額	円			
受入金融機関 名称	富山県医師信用組合　本店 （銀行・信金・農協　店） 医師信用組合に口座がない方は金融機関をご指定ください	種類	普通・当座・貯蓄	
		口座番号 右詰めで記入ください		
名義人	フリガナ	備考		

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日(記入日)

組合員(自宅)　〒(　－　)　電話　(　)　－

住　所

氏　名(自署)

富山県医師国民健康保険組合理事長　殿

組合員の個人番号＝マイナンバー(必須)

常務理事	事務長	担当者	本人確認	支給額	備　考	受付印
				円 月　日		

(註)　1　移送費用の領収書を添付すること
　　2　医師または看護師の付添を要した場合は、その必要とした医師の診断書を添付すること

個人番号の利用目的について

本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収事務で利用します。