

国民健康保険移送承認申請書

様式 10

伺	承認 ・ 不承認	決 裁	常務理事	事務長	課長	係長	係長	係
被保険者証の 記号番号	新建 ー	療養を受けた被保険者の 氏名、生年月日、性別			氏名 昭・平・令 年 月 日 男・女			
傷病名 及び原因								
発病又は 負傷年月日	平成 年 月 日 令和							
医 師 の 意 見	移送方法 ・回数				移 送 年 月 日	令和 年 月 日		
	移送区間				費用の 見積額			
	移送を必要と認める理由（具体的に記入してください。）							
	医療機関	名 称						
	所在地							
		令和 年 月 日	保険医療機関名			医師名 (印)		
支 部 名					支 部 長 印			
※移送費は支部へ送金します。								
上記のとおり申請します。								
令和 年 月 日								
〒 組合員住所 氏名								
新潟県建築国民健康保険組合 理事長様								

