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

記号番号	新建	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　　日生 男 ・ 女
傷病名及び原因			
発病又は負傷年月日	平成 令和　　年　　月　　日		

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　　㊞			

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