様 式 第 13

理事長	副理事長	担当 常務理事	事務局長	次　長	課　長	係　長	担当者	受付年月日

振込銀行名	銀　行 信用金庫　　支店	口座番号							
預金種類	普通 ・ 当座 ・ その他（　　）	（フリガナ）							
		名　義							

移 送 費 支 給 申 請 書

被保険者 記号・番号	税 国											対象となる 者の氏名	
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日												
個人番号 （マイナンバー）													
傷　病　名												発病（負傷）月日	年　月　日
発病又は 負傷原因													
移送経路及び 移送方法												移送年月日	年　月　日
付添いが あった場合 のみ記入	付添い人の住所 及び氏名											移送に要した 費用の額	円

①　　②

上記のとおり国民健康保険法施行規則第27条の11により、医師の意見書及び証拠書類を添えて申請します。

令和　　年　　月　　日

事務所代表者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請人（組合員）　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

個人番号（マイナンバー）

近畿税理士国民健康保険組合理事長 殿

● **添付書類**

①次に掲げる事項を記載した医師又は歯科医師の意見書

一．移送を必要と認めた理由（付添いがあったときには、併せてその付き添いを必要と認めた理由）

二．移送経路、移送方法及び移送年月日

②移送に要した費用の額に関する証拠書類（領収書等）

※　後期高齢者医療制度の被保険者の方は、お住まいの市町村（後期高齢者医療）の窓口に申請してください。