

国民健康保険移送承認申請書

被保険者証の記号番号		別海			
移送を受けた被保険者	氏名			性別	男・女
	生年月日	昭・平	年	月	日
付添人	氏名			性別	男・女
	住所			被保険者との続柄	

傷病名及び原因			発病又は負傷年月日	平成	年	月	日	
医師又は歯科医師の意見	移送区間	から						まで
	移送を必要と認めた理由							
	付添を認めた理由							
	移送方法及び回数			費用見積額				円
	移送年月日	平成	年		月	日		
	平成 年 月 日							
医師又は歯科医師の住所 病院名 氏名 (印)								
来診の場合はその理由								

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

世帯主 住所 別海町

氏名 (印)

(電話番号)

別海町長様