

決 裁	事 務 長		会 計		担 当		
--------	-------------	--	--------	--	--------	--	--

起 案 年 月 日	支出費目	款	保険給付費	項	療養諸費	目	療養費	節	負担金補助及び交付金	
	決 定 金 額					円	資 格 取 得	昭 和 平 成 令 和		
	支 給 金 額					円		年 月 日		
	備 考									

**移送承認申請書**

令和 年 月 日

下記のとおり移送に要した費用の明細書(領収書)を添えて申請します。

大阪府浴場国民健康保険組合 理事長 様

住所

世帯主  
(組合員)

氏名

生年月日	昭・平・令	年	月	日
個人番号 (マイナンバー)				

被保険者記号番号	浴国 (枝番)			
移送承認 申請対象者	住所			
	氏名	生年月日	昭・平・令	年 月 日
		個人番号 (マイナンバー)		
傷病名及び原因				
発病又は負傷年月日	令和 年 月 日			
保 険 医 の 意 見	移送を必要と認める理由又は必要と認められた理由			
	移送区間			
	移送方法及び回数			
	移送年月日			
	移送見積額			
	医療機関名 担当者名	令和 年 月 日		

振込致しますので、下記へご記入下さい。

銀行名		支店名	支店
預金種目	1. 普通 2. 当座	フリガナ	
口座番号		名義人	