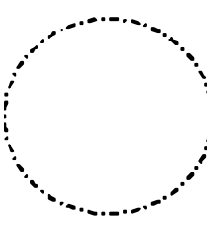


国民健康保険移送費請求書

様式 11

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|--|----|------------|----|---|-------|-----------|--|---|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 決 裁 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係長 | 係 | 支給決定額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の 記号番号 | | 新建 ー | | 被保険者 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 昭・平・令 年 月 日 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | | | | | | 傷病又は負傷年月日 平・令 年 月 日 | | 承認 年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 移 送 料 | 移送の方法 区間及び 回数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 移送年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 移送に 要した費用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支部名 | | | | | | 支部長印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり移送に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>新潟県建築国民健康保険組合 理事長様</p> </div> <div style="text-align: right;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px;">個人番号</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> </div> </div> | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |