

# 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
被保険者証の 記号番号		新建 ー	療養を受けた被保険者の 氏名、生年月日、性別			氏名  年 月 日生 男・女			
傷病名 及び原因									
発病又は 負傷年月日		年 月 日							
医 師 の 意 見	移送方法 ・回数				移 送 年月日	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								
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 理事長殿									

