

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 一			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			

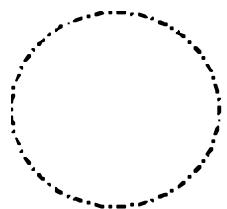
上記のとおり移送に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。

令和 年 月 日

組合員 住 所

氏 名

個人番号							
------	--	--	--	--	--	--	--



新潟県建築国民健康保険組合 理事長殿