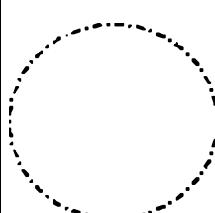


# 国民健康保険移送承認申請書

様式 10

同	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	新建一	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 (印)	
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								