

様式第4号 (第13条関係)

移 送 費 支 給 申 請 書											
被保険者証の記号番号											
移送を受けた被保険者		氏 名									
		生年月日	年	月	日	個人番号					
付 添 人		氏 名									
		住 所									
傷病名及びその原因					発病又は負傷 年 月 日	年 月 日					
移送に要した費用の額		円									
振込先	金融機関名	銀 行 金 庫 農 協 信用組合 店									
	預金種目	普通 当座	口座番号								
	口座名義 (カナ)										
上記のとおり移送に要した費用の額に関する別紙証拠書類を添えて申請します。											
年 月 日 美濃加茂市長 宛		世 帯 主	住 所								
			氏 名								
			個人番号								
			電話番号								
<p>上記の保険給付を未納の国民健康保険料に充当することができます。充当する場合は、次の「充当承諾書」に御記入ください。</p> <p style="text-align: center;">充当承諾書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>美濃加茂市長 宛 私は上記の保険給付を国民健康保険料に充当することを承諾します。 世帯主氏名</p>											

