

記号番号	20 - -	移送を受けた人の氏名	(フリガナ)			
移送年月日	年 月 日	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
		移送を受けた人の個人番号				
交通事故・傷害・労災による受診の場合はチェックしてください。 交通事故 第三者による傷害 労災						
移送元	名称 所在地	移送を必要とする意見書のとおり				
移送先	名称 所在地					
移送方法・経路						
付添人	氏名					
	住所					
世帯主の振込口座	該当するに チェックしてください。	公金受取口座を利用する。(利用する場合は口座情報の記入は不要です。) マイナンバーカード(両面)の写しを同封してください。				
		振込口座を指定する。(以下の口座情報をご記入ください。)				
	銀行・信用金庫 信用組合・農協			支店 店 出張所		
	銀行コード		支店コード			
	口座名義 (カタカナで)		口座番号 預金種別 普通			
上記のとおり国民健康保険移送費として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。 なお、支給決定後、下記の支給決定金額を請求しますので、世帯主口座にお振り込みください。						
年 月 日						
住所						
世帯主						
氏名						
世帯主個人番号						
電話番号 ()						
練馬区長殿						

以下職員記入欄

資格取得年月日	S H R 年 月 日	資格喪失年月日	S H R 年 月 日	受付者名	
来庁者本人確認	<input type="checkbox"/> 主 <input type="checkbox"/> 他 () <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 聴聞 <input type="checkbox"/> 他 ()				

男・女	公費負担者番号		公費受給者番号	
療養期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	日数	日
移送に要した費用額	円	審査認定額	円	
一部負担金	円	支給決定金額(支給額)	円	