|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 対策監 | 課長補佐 | 主　幹 | 係　長 | 主務者 | 課　　　　員 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**国民健康保険　　承認申請書**

(様式第１２号)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証番号 | | |  | | | |
| 被保険者名 | | 氏　　　名 |  | 世 帯 主  との続柄 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 性　　別 | 男・女 | |
| 住　　　所 |  | | | |
| 世帯主 | | 氏　　　名 |  | | | |
| 傷病名 | | |  | | | |
| 発病又は負傷の年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 発病又は負傷の原因 | | |  | | | |
| 看護師等の付添を必要とする期間 | | | 年　　　月　　　日　から  　　　　年　　　月　　　日　まで | | | 日間 |
| 移送方法及び回数 | | |  | | | |
| 移送年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 看護又は移送を必要とする理由 | | |  | | | |
| 病院又は診療所等の名称 | | |  | | | |
| 保険者負担額 | 円 | | | | | |
| 上記のとおり申請します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　　申請者　　　住所  　　　　　　　　　　　　（世帯主）　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  三股町長　殿 | | | | | | |

□公金受取口座を利用する（利用する者は口座情報の記入不要）

公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

□振込口座を指定する

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀　　行　　名 | 種目 | 口座番号 | 口座名義人(ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |  |  |  |

**を必要とする意見書**

(様式１３号)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 傷病名 |  | |
| 国民健康保険で診療を始めた日 |  | |
| 入院年月日 |  | |
| 看護婦等の付添を必要とする  理由及びその期間 | 年　　　月　　　日　から  　　　　年　　　月　　　日　まで | 日間 |
| 移送方法及び回数 |  | |
| 移送年月日 |  | |
| 費用見積額 |  | |
| 医師の意見 | | |
| 上記の理由で　　の必要を認めます。  　　　　年　　月　　日  住　所  保険医　　病院名  氏　名　　　　　　　　　　　㊞  三股町長　　　　　　　　　　殿 | | |