

様式第13号（第10条関係）

移 送 費 請 求 書			
一 金 円 也			
受 給 者 氏 名		医 療 券 番 号	
		承 認 書 番 号	
担 当 医 師 の 証 明	移 送 区 間		
	移 送 方 法		
	移 送 年 月 日	年	月 日
年 月 日			
指定医療機関名			
医 師 氏 名 印			
請 求 額		医 療 保 険 等 負 担 額	
費 用 額 の 内 訳			
※ 支 給 決 定 額		※ 決 定 内 訳	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p> <p>潮来市長 様</p>			

記載上の注意

※印の欄は記入しないでください。