

被保険者 移送費支給申請書
被扶養者

◎請求上の注意
一、この様式は、被保険者又は被扶養者が、移送の承認を受けて、その移送に要した費用を申請するものです。
二、この申請が被保険者である場合は、申請の表題の「被保険者」を○で囲んでください。
三、この申請をするときは、移送に要した費用の領収書と移送の承認書を添付してください。

被保険者証の記号・番号		所属事業所及び部署名	電話（内線）		
被保険者（申請者）氏名と印	フリガナ	被保険者（申請者）住所	〒		
生年月日	昭和 平成 年 月 日		電話（ ）		
傷病名		移送年月日	平成 年 月 日		
移送対象者の氏名生年月日		昭・平	年 月 日	続柄	
発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	移送の経路及び方法		自	
移送に要した費用	円（領収書添付）			至	
付添人の氏名及び住所		〒			続柄
第三者行為によるものですか	いいえ ・ はい	第三者の氏名及び住所			

医師又は歯科医師の意見	移送を必要と認められた理由				
	付添を必要と認められた理由				
	入院した病院又は診療所の名称				
	入院した期間	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	日間	
	移送の経路及び方法	自	方法		
		至			
上記のとおり相違ありません。					
住所	平成 年 月 日				
医師氏名	電話（ ）				

平成 年 月 日提出

受付日付印

支払金融機関	銀行金庫	本店支店
	金融機関コード（ ）	店番号（ ）
	預金種別	口座番号
	フリガナ	普通・当座
	口座名義 ※被保険者名義	

健保記入欄	支給額	法定給付	円	備考
		付加給付	円	
		合計	円	