

被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

◎請求上の注意  
 一、この様式は、被保険者又は被扶養者である場合は、移送に要した費用の領収書の承認を受けて、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ときは、移送に要した費用の領収書の承認書と移送の承認書を添付してください。  
 三、この申請をするときは、移送に要した費用の領収書の承認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	〇〇〇〇	所属事業所及び部署名	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇部		
	〇〇〇〇		電話(内線) 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇 (内線〇〇〇)		
被保険者(申請者)氏名と印	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者(申請者)住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇		
	健保 太郎 (印)		東京都〇〇区〇〇町1-1-1		
生年月日	昭和 51年 07月 31日 平成		電話 〇〇( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇		
傷病名	くも膜下出血	移送年月日	平成 27年 8月 10日		
移送対象者の氏名生年月日	健保 太郎	昭・平	51年 07月 31日	続柄	本人
発病又は負傷の年月日	平成 27年 8月 10日	移送の経路及び方法		自 ○×病院	
移送に要した費用	10,000 円 (領収書添付)			至 ○〇病院	
				方法 新幹線	
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				
	入院しは診療	医師または歯科医師の証明欄			
	入院し				
	移送及び	日間			
上記のとおり相違ありません。		平成	年	月	日
住所		電話 ( )			
医師氏名		(印)			

支払金融機関	〇〇〇〇 (銀行金庫)	〇〇〇〇	本店支店
	金融機関コード( 〇〇〇〇 )	店番号 ( 〇〇〇〇 )	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ	ケンポ タロウ	
	口座名義	健保 太郎	
※被保険者名義			

平成 年 月 日提出

-----  
 受付日付印

健保記入欄	法定給付	円	備考
	支給額 付加給付	円	
	合計	円	