

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、移送に要した費用の表題の「被保険者」を、被扶養者である場合は「被扶養者」を○で囲んでください。  
 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、被扶養者である場合は「被扶養者」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の承認書を添付してください。

被保険者等 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	フリガナ	被保険者 （申請者） 住所	電話（ ）		
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	令和 年 月 日		
傷病名		移送年月日	令和 年 月 日		
移送対象者の 氏名生年月日		昭・平・令	年 月 日	続柄	
発病又は負傷 の年月日	令和	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		〒			方法
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	続柄		

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	令和	年 月 日	から	令和
		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			令和	年 月 日
	医師 氏名			電話	( )

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
		普通・当座
	フリガナ	
	口座名義 ※被保険者名義	

令和 年 月 日提出

受付日付印

※ 修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、情報改ざんを防ぐために押印してください。

健保 記入欄	支給額	法定給付	円	備 考
		付加給付	円	
		合計	円	