

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である場合、移送に要した費用の表題の「被保険者」を、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 令和 年 月 日		電話（ ）	
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			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	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。 令和 年 月 日 住所 電話（ ） 医師 氏名 印				

令和 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	
	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	