

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領収書と移送の承認書を受けて、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、「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。

被保険者等 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	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	被保険者 (申請者) 住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1		
生年月日	昭和 平成 令和 51年07月31日		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	令和 6年 8月 10日		
移送対象者の 氏名生年月日	健保 太郎	昭・平・令	51年07月31日	続柄	本人
発病又は負傷 の年月日	令和 06年 07月 31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 入 移 及	<p style="text-align: center; color: red; font-size: 24px;">医師または歯科医師の証明欄</p>
	日間	
	住所	令和 年 月 日
	医師 氏名	電話 ( )
		(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 〇〇〇〇〇〇〇	
	フリガナ	ケンポ タロウ		
	口座名義 ※被保険者名義	健保 太郎		

令和 6年 9月 1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	法定給付	円	備考
	支給額 付加給付	円	
	合計	円	