

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、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	〇〇〇〇 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 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 健保 太郎 (印)	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 元 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 元 年 07月 31日	移送の経路 及び方法	自 〇×病院 至 〇〇病院 方法 新幹線		
移送に要した 費用	10,000 円 (領収書添付)	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			
	移送の経路 及び方法	自	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 元 年 9 月 1 日提出

受付日付印

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		

健保記入欄	支給額	法定給付	円	備考
		付加給付	円	
		合計	円	

