

支払年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額							
資格	取得	年	月	(備考)			
	喪失	年	月				
移送期間	自	年	月				
	至	年	月	日			

健康保険 被保険者・家族 移送費支給申請書

被保険者が記入するところ	① 被保険者証の 記号・番号			② 事業所の 名称					
	③ 被保険者の (申請者) 氏名	(フリガナ)		④ 被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	
	⑤ 被保険者の (申請者) 住所	〒		都道府県					
	⑥ 被扶養者 ※被扶養者が移送を 受けた場合のみ記入	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	被保険者 との続柄
	⑦ 傷病名			⑧ 発病又は 負傷年月日	令和	年	月	日	
	⑨ 発病又は負傷の 原因を詳しく					⑩ 第三者の行為によるものですか <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい			
	⑪ 診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは医療機関								
	名称			診療した医師名					
	所在地								
	⑫ 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求								
	区間	刀針	刀針			移送後	<input type="checkbox"/> 入院外 <input type="checkbox"/> 入院		
			から	まで					
移送期間 (支給期間)			移送回数	移送に要した費用					
年 月 日 ~ 年 月 日			回	円					
移送先の医療機関名			距離	利用交通機関					
			km						

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和 年 月 日	
	被保険者 (申請者)	住所 氏名
	代理人	事業所名 氏名

受付印

【添付書類】領収書 (原本)