支払年月日	年　月　日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額	円				
資格 取得	年　月　日	（備考）			
資格 喪失	年　月　日				
移送期間	自　年　月　日				
	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 被保険者等記号・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	□昭和 □平成　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	□ 昭和 □ 平成 □ 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	□ いいえ ・ □ 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	フリガナ から	フリガナ まで	移送後	□ 入院外 □ 入院

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）