

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円				
				支給期間	平成 平成	年 年	月 月	日 日	日間

## 健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	番号	生年月日				
			<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ).....	印	所属	部・支店・工場 課		
	住所	(〒 - )	都	道	府	県	
電話番号	TEL ( )						

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名) 続柄 ( )								
	生年月日 (移送を受けた方が家族の場合)	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	傷病名			
	発病または負傷の原因									
	発病または負傷の年月日	平成	年	月	日	移送年月日	平成	年	月	日
	移送経路									
	移送方法						移送に要した費用の額	円		
	付添人の有無及び その住所(家族を除く)	<input type="checkbox"/> 有 (氏名) ・ <input type="checkbox"/> 無					〒 -			
第三者行為によるときは その第三者の氏名・住所	氏名					〒 -				

【添付書類】①移送費用の領収証(原本) ②移送を必要とする医師の意見書※2枚目に記入してもらってください。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通	口座番号	<input type="checkbox"/> 2. 当座		
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。			口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者)

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成	年	月	日	受付日付印
	代理人(口座名義人)	住所 (フリガナ).....	TEL ( )	委任者と代理人との関係			
	氏名・印	印			印		

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

<b>移送費 医師の意見記入欄</b>	移送を受けた方の氏名	移送を受けた方の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	移送を必要と認めた理由							
	付添を必要と認めた理由							
	移送経路							
	移送方法	移送年月日	平成	年	月	日		
	上記のとおり相違ないことを証明する。  平成 年 月 日  医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名  TEL ( )							



※上記の記入欄に医師の証明をもらってください。  
 または「移送費の医師の意見書」を発行していただき移送費支給申請書に添付ください。