

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	令和 令和	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		
	氏名	(フリガナ)	所属	部・支店・工場	課
	自宅住所	(〒 - )	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 <input type="checkbox"/> 令和	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	令和	年	月	日
	移送年月日	令和	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) (農協) (漁協)	(本店) (支店) (出張所)	店舗番号
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	※左づめでご記入ください。 ※ゆうちょ銀行は不可です。
	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

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入ください。

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。	令和 年 月 日	受付日付印
	代理人(口座名義人)	住所 (フリガナ)	TEL ( )	
	氏名	委任者と代理人との関係		

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 <input type="checkbox"/> 令和	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	令和	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。  令和 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。