

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	82	100000	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日			
	氏名	(フリガナ) サンタテ タロウ 三立 太郎			所属	三協立山(株) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 部・支店・工場 課			
	自宅住所	(〒 933 - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input 4"="" type="checkbox/>)</td><td>富山 都道
高岡市 府県</td><td colspan="/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 番地							
	電話番号	TEL 0766 (<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							

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 三立 一郎) 続柄 (長男)			
	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 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	傷病名	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病	
	発病または負傷の原因				
	発病または負傷の年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	移送年月日	令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	
	移送経路	〇〇〇病院から 〇〇〇大学附属病院まで			
	移送方法	新幹線・タクシー	移送に要した費用の額	50000 円	
	付添人の有無及び その住所(家族を除く)	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 〇〇〇病院 〇〇医師 1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	北陸 (銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協)		高岡 (本店) (支店) (出張所)	店舗番号	2 0 1	
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		※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。 サンタテ タロウ		口座名義 の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 1	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)	(〒 —) TEL () 住所 (フリガナ) 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。

移送費 医師の意見記入欄	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		※医師の証明をもらってください			
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。