

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
	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 〒 -	

【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	
	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) <input type="checkbox"/> 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	委任者と代理人との関係
	代理人(口座名義人)	(〒 - ) TEL ( ) 住所 (フリガナ) 氏名	

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。