

健康保険

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険の記号・番号	記号 番号	②被保険者(申請者)の氏名及び生年月日		(フリガナ)				S・H 年 月 日		
	③申請が被扶養者に関するものであるときはその氏名、生年月日及び続柄				生年月日	S・H・R 年 月 日		続柄			
	④被保険者(申請者)の現住所	〒 _____ 方									
	⑤事業所の名称	TEL _____									
	⑥傷病名				⑦発病又は負傷の年月日	年 月 日 時 分頃					
	⑧発病又は負傷の原因										
	⑨移送を受けた区間、年月日及び要した費用	区間	から				経由	移送後	入院・入院外		
		回数	回	距離	km	移送の年月日	年 月 日	移送先	病院		
	⑩付添人の氏名及び住所	氏名				住所	〒 _____				
	⑪振込口座	(フリガナ)	銀行	銀行コード	預金種目	・普通 ・当座 ・その他()					
(フリガナ)		支店	支店コード	口座番号							
⑫備考				(①の記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入)							
				<input type="text"/>							

医 師 が 記 入 す る と こ ろ	⑬傷病名			⑭診療開始日	年 月 日		⑮入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	⑯移送を必要と認めた	区間	から				経由	まで	回数	回
	⑰移送を必要と認めた理由(病状などを入って詳しく)									
	⑱上記のとおり相違ありません。									
令和 年 月 日 所在地 _____ 医療機関等の 名称 _____ 医師の氏名 _____										

※この申請書には移送に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。 [受付印]

※記入上の注意

- 訂正がある場合は二重線で消してください。修正液や修正テープでの修正は認められません。
- 健康保険の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)により申請する場合は、⑫欄へ記載してください。
- 給付金の受領を代理人に委任するときは、⑩欄の「被保険者(申請者)」と「代理人」の印は、それぞれ別の印を使用してください。

委 任 状	⑱この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。		
	被保険者（請求者）の	氏名及び印	㊟
		住 所	
	代理人の	会 社 名	
		氏 名	㊟