

支払年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者
支払額							
資格	取得	年	月	(備考)			
	喪失	年	月				
移送期間	自	年	月				
	至	年	月	日			

健康保険 被保険者・家族 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等 記号・番号	×××・××××	② 事業所の 名称	〇〇〇〇(株)				
	③ 被保険者の (申請者) 氏名	(フリガナ)ケンボ タロウ 健保太郎	④ 被保険者の 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	××年1月1日			
	⑤ 被保険者の (申請者) 住所	〒×××-××××	都道府県	〇〇市〇〇町××番地××				
	⑥ 被扶養者 ※被扶養者が移送を 受けた場合のみ記入	氏名	健保花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年3月3日	被保険者 との続柄	妻
	⑦ 傷病名	脳溢血		⑧ 発病又は 負傷年月日	令和 年4月18日			
	⑨ 発病又は負傷の 原因を詳しく	激しい頭痛がした		⑩ 第三者の行為によるものですか <input checked="" type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい				
	⑪ 診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは医療機関							
	名称	〇〇病院		診療した医師名	〇〇〇〇〇			
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇						
	⑫ 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求							
	区間	リカ 〇〇〇〇ピョウイン	リカ ピョウイン	移送後	<input type="checkbox"/> 入院外 <input checked="" type="checkbox"/> 入院			
		〇〇病院	から	病院	まで			
移送期間(支給期間)			移送回数	移送に要した費用				
年4月20日～年4月20日			1回	7,500円				
移送先の医療機関名			距離	利用交通機関				
病院			30 km	タクシー				

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
	令和××年5月10日	
	被保険者 (申請者)	住所 〇〇県〇〇市〇〇町××番地×× 氏名 健保太郎
	代理人	事業所名 〇〇〇〇株式会社 氏名 〇〇〇〇

受付印

【添付書類】領収書(原本)