

常務理事	事務長	担 当	担 当

健康保険 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者等の 記号番号	記号	事業所名	電話			
		番号					
	被保険者 氏名	フリガナ			被保険者の生年月日		
					昭和 ・ 平成 年 月 日		
	被保険者 住所	〒					
		電話					
	被扶養者が移送 を受けたときは その方の氏名	フリガナ		続柄	被扶養者の生年月日		
					昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日		
	傷 病 名						
	発病又は 傷病の原因				第三者行為に よるものですか		いいえ ・ はい
診療等の 手当を受けた 医療機関	名称			診療担当 医名			
	所在地						
移送を受けた 区間、移送期間 及び費用の請求	移送区間	から まで					
	移送後	入院 ・ 入院外		移送先	病院		
	利用 交通機関						
	移送期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日					
	移送回数	回		移送に要した費用の額	円		

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者 (請求者)					

支 払 金 融 機 関	※退職後の申請の場合、ご記入ください。			
	銀行	本店		普通 ・ 当座
	信用金庫	支店		
	口座番号	口座名義	フリガナ	

受付日付印