

健康保険 被保険者家族 移送費支給申請書

(1枚目/2枚中)

被保険者証の 記号・番号	記号	被保険者が 勤務する (していた) 事業所の	名称			
	番号		所在地			
被保険者 (申請者) の氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令	年	月 日 ()才
被保険者 (申請者) の住所	〒 -			電話		
被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年月日	昭・平・令	年	月 日	被保険者との続柄
傷病名					発病又は負傷年月日	
					平・令 年 月 日	
発病の原因 および経過 (詳しく)						第三者行為によるものですか
						0: いいえ 1: はい <small>「はい」の場合は、「第三の行為による傷病届」を提出してください</small>
診療又は手当を受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称			所在地及び電話番号		
	氏名					
移送経路、移送方法、移送期間および費用の請求	移送経路	から	距離	移送後	0: 入院 1: 入院外	
		まで	Km	移送先		
	移送期間(支給期間)		回数	移送に要した費用の額	利用交通機関	
	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日		円		
振込希望の銀行	※必ず被保険者の口座を指定してください。 (銀行等) (支店名) (普通・当座) 銀行 本店 信金 支店 信組 出張所 農協 (口座番号) _____					

委任状	私は _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日請求した _____ 療養費の受領に関すること。 被扶養者 _____
	被保険者の住所 _____ 氏名 _____
	代理人の住所 _____ 氏名 _____

振込希望の銀行	銀行 本店 信金 支店 (普通・当座) 信組 出張所 農協	口座番号 _____	口座名義(カタカナ) _____
---------	--	------------	------------------

社会保険労務士 記載欄	
----------------	--

受付日付印

備考欄(注)	
--------	--

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
個人番号を記載した場合は、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。

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

(2枚目/2枚中)

医師への注意事項

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

患者氏名	
生年月日	昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日
傷病名	
⊕ 移送を必要とする理由 [症状、その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。]	
⊙ 移送の方法 区間・回数	
移送年月日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
⊗ 上記のとおり移送の必要を認めます。 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 電 話	