



支給決定額

伺年月日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号		記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください				
	記号	番号					
	被保険者氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	事業所名称	被保険者の住所					
	被扶養者に関する申請の時にはその者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 続柄	
	傷病名						
	発病または負傷年月日 (療養開始日)	平成 令和	年 月 日	発病または 負傷の原因	第三者行為によるものですか はい・いいえ		
	診療等の支給又は 手当を受けた医療機関	名称					
		住所					
	移送を受けた区間	から まで					
移送期間	令和	年 月 日	から	令和	年 月 日		
				移送回数	回		
付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 ) 〒						
	<input type="checkbox"/> 無						
移送方法			移送に要した費用の額	円			
振 込 先 口 座	金融機関名	信用金庫	支店名	支店			
	預金種別	1. 普通 ・ 2. 当座	口座番号				
	フリガナ 口座名義						

医 師 記 入 欄	傷病名					
	移送を必要と認めた理由					
	付添を必要と認めた理由					
	移送方法		移送区間 及び回数		から	まで 回
	上記のとおり移送を認めます。 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 電話番号					R7.2 	