



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	年	月	日	平成	
	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	年	月	日	平成	続柄
	傷病名										
	発病または負傷年月日 (療養開始日)		平成	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		
	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	R7.2			
医療機関の所在地		医療機関の名称		医師の氏名		電話番号		受付印		