

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

○ 添付書類 この申請書にあたっては、次の書類を必ず添付してください。
 1、医師が移送を必要と認めた意見書（付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めた理由）
 2、移送に要した費用の領収書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の記号・番号		② 生年月日				取得年月日 S・H		喪失年月日 H		家族の認定年月日 S・H	
	フリガナ		フリガナ				フリガナ		フリガナ		電話	
	③ 被保険者(申請者)の氏名・印		事業所の名 称									
	④ 被保険者(申請者)の住所		都 道 府 県				市 区 町 村					
	⑤ 被扶養者が移送を受けたときは、その者の氏名		⑥ 生年月日				1大正 2昭和 3平成		年 月 日		⑦ 被保険者との続柄 例)「長男」など	
	⑧ 傷病コード カナ		⑨ 傷病名						⑩ 発病又は療養開始日 平成 年 月 日			
	⑪ 発病または負傷の原因およびその経過										⑫ 第三者によるものですか 0:いいえ 1:いいえ	
	⑬ 診療を受けた病院あるいは診療所(医院)の名称		所在地				都 道 府 県		市 区 町 村		診療した医師名	
	⑭ 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求		⑮ 移 送 期 間 (支給期間)				移送回数		移送に要した費用の額		距離	
			自 年 月 日 至 年 月 日				回		円		km	

受 領 代 理 人 欄	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。										平成 年 月 日		
	被保険者住所 (請求者) 氏名										都 道 府 県		市 区 町 村
支 払 金 融 機 関 欄	銀行コード				支店コード				銀行・農協 信金・信組		本店・支店 出張所		
	口座番号				フリガナ				口座名義人		1: 普通 2: 当座		

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>																							

平成 年 月 日提出
 受付年月日