

## 健康保険

被保険者  
家族

## 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	記号 番号	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 資格取得日	平成 令和	年	月	日				
	被保険者 氏名	フリガナ														
	被保険者 住所	〒 電話 ( )														
	移送対象者 の氏名								続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	傷病名								移送の 経路及び 方法	自						
	発病又は 負傷年月日	令和	年	月	日	第三者の行 為によるも のですか	いいえ ・ はい									
	移送年月日	令和	年	月	日	移送に 要した費用	※領収書を添付すること 円									
	付添人 の氏名	フリガナ							付添人 の住所						続柄	
	被保険者 振込先	銀行 支店 普通 当座 No.														
		口座名義 (カナ)														

医 師 ・ 歯 科 医 師 の 意 見	移送費を必要と 認めた理由													
	付添人を必要と 認めた理由													
	入院した病院又 は診療所の名称													
	入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間												
	移送の経路及び方法	自								方法				
		至												
	上記のとおり相違ありません。													
	住所										令和 年 月 日			
	医師 氏名													

令和 年 月 日提出

受付日付印