

## 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 1	番号 1234	生年月日	昭和 平成	4	7	1	0	1	2	被保険者 資格取得日	平成 令和	2	2	1	1	0	1
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎																	
	被保険者 住所	〒106-0000 東京都港区中央1-2-3 電話 03 (1234) 5678																	
	移送対象者 の氏名	健保 花子 続柄 妻 生年月日 昭和 平成 令和 4 8 0 3 2 0																	
	傷病名	※傷病名をご記入ください。											移送の 経路及び 方法	自					
	発病又は 負傷年月日	令和	0	1	1	1	1	8	第三者の行 為によるも のですか	いいえ・はい		至							
	移送年月日	令和	0	1	1	1	2	0	移送に 要した費用	※領収書を添付すること 5,000円		方法		※移送の経路と方法を 詳しくご記入ください。					
	付添人 の氏名	フリガナ 付添人がある場合は、ご記入ください。											付添人 の住所	続柄					
	被保険者 振込先	三菱UFJ 銀行 港 支店 普通 当座 No. 1234567																	
		口座名義(カナ) ケンポ タロウ																	

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																月	日まで	日間
	移送の経路及び方法	自																		至
	上記のとおり相違ありません。																			
	住所																			
医師 氏名																				

令和 年 月 日提出

受付日付印