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

健康保険の記号番号	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	ﾌﾘｶﾞﾅ										
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								
			至								
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	方法							
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	ﾌﾘｶﾞﾅ	付添人の住所		続柄							
被保険者振込先	☐ マイナポータルで事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。） ※口座情報の反映には登録から数日を要します。										
	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。

令和　年　月　日

住　所

医　師　　氏　名

令和　年　月　日提出

受付日付印

アボット健康保険組合