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	1	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
	番号	1234			4	7	1	0	1	2			2	2	1	1	0	1
被保険者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	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	年		月		日						
							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											
						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	※移送の経路と方法を詳しくご記入ください。				
		01	11	18													
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											
		01	11	20		5,000 円											
付添人の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		付添人の住所				続柄										
	付添人がいる場合は、ご記入ください。																
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。																
	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	

医師の証明欄

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