

## 健康保険 被保険者・家族 移送費支給申請書

※保険証の記号・番号を記入

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	被保険者資格取得日	平成 令和	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成	年	月	日		
	番号	1234	令和	0	0	1	0	0	1					
	被保険者(請求者)氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	被保険者住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 〇〇マンション405号室										
	生年月日	昭和・平成 50年 5月 15日	電話	03 (8765) 4321			社員・職員コード	123456						
	事業所名及び電話	〇〇〇〇事業所			電話	03 (8765) 4321			社員・職員コード	123456				
	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	〇	5	0	1	0	1
	傷病名	急性胃潰瘍					移送の経路及び方法	自 〇〇市 ××病院 至 △△市 ◇◇病院 方法 タクシー						
	発病又は負傷年月日	令和	〇	1	0	5	0	1	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	〇	1	0	5	0	1	移送に要した費用	※領収書を添付すること 55,000 円				
	付添人の氏名	フリガナ		付添人の住所						続柄				

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	※医師の意見の記載が必要です											
	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												

支払金融機関	〇〇〇	銀行	本店								
	△△△	信用金庫	支店								
	信用組合										
支店番号	1	2	3	口座番号(右づめ)	0	0	1	2	3	4	5
名義人(フリガナ)	ケンボ タロウ										
	健保 太郎										

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

受付日付印

※被保険者名義の口座を記入して下さい。