

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号	番号 (枝番)	事業所の名称	会社名	
	被保険者の 氏名と印	印			被保険者の 生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和
	被保険者の 住所・電話	〒				日中連絡が取れる電話番号 TEL ()

申 請 内 容	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)				
	移送を受けた方	被扶養者(家族)の氏名	被扶養者(家族)の生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和	
	傷病名	発病または負傷の年月日		令和 年 月 日	
	発病または負傷の原因	他人の行為によるものですか		1. はい 2. いいえ	
	移送の経路及び方法				移送に要した費用の額 円
	付添人の氏名及び住所	氏名	住所		
第三者の氏名及び住所	氏名	住所			

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	移送を必要と認めた理由				
	付添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
	移送の経路及び方法				
	意見	上記の通り相違ないことを証明いたします。 令和 年 月 日 医師又は歯科医師の 住所 氏名			

【口座名義の区分】 被保険者名義 代理人名義(委任状欄をご記入ください。) ※とちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振 込 先 指 定 口 座	銀行名	支店名	支店コード	預金種別
	銀行	支店		1. 普通 2. 当座
	口座番号	口座名義 カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)		

委 任 状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 氏名	印 ※住所は「被保険者情報」と同じ
	代理人(口座名義人) 住所 〒	被保険者との関係
	氏名	印

受付日付

本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。