

# 健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

○ 添付書類 この申請書にあたっては、次の書類を必ず添付してください。  
 2、移送に要した費用の領収書  
 1、医師が移送を必要と認めたと認めた意見書（付添いがあったときは、併せてその付添いを必要と認めたと認めた理由）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の記号・番号		② 生年月日				取得年月日 S・H・R		喪失年月日 H・R		家族の認定年月日 S・H・R		
			昭和 平成 年 月 日										
	③ 被保険者(申請者)の氏名		フリガナ				事業所の名称						
	④ 被保険者(申請者)の住所		フリガナ				都道府県		市区町村		電話 ( )		
	⑤ 被扶養者が移送を受けたときは、その者の氏名						⑥ 生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日		⑦ 被保険者との続柄 (例)「長男」など		
	⑧ 傷病コード		カナ				⑨ 傷病名		⑩ 発病又は療養開始日		令和 年 月 日		
	⑪ 発病または負傷の原因およびその経過								⑫ 第三者によるものですか		0:いいえ 1:いいえ		
	⑬ 診療を受けた病院あるいは診療所(医院)の名称						診療した医師名						
	⑬ 診療を受けた病院あるいは診療所(医院)の所在地		都道府県				市区町村						
	⑭ 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求		⑮ 移送期間 (支給期間)				移送回数		移送に要した費用の額		距離		利用交通機関
		自 年 月 日 至 年 月 日				回		円		km			

受 領 代 理 人 欄	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。										年 月 日		
	被保険者(請求者)の住所		フリガナ				都道府県		市区町村				
支 払 金 融 機 関 欄	代理人氏名		フリガナ				委任者と代理人の関係						
	銀行コード		支店コード				銀行・農協 信・信		本店・支店 出張所		1: 普通 2: 当座		
口座番号						フリガナ		口座名義人					

被保険者のマイナンバー記載欄  
 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--

年 月 日提出  
 受付年月日