

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		④ 生 年 月 日		⑤被扶養者番号	⑥ 給付記録番号	⑦受取代理人	⑧ 受 付 年 月 日					
	①②	③	昭和 平成 令和	年	月	日	*	*	0:無 1:有	* 年 月 日			
	⑨ 被 保 険 者 の (申請者) 氏 名		(フリガナ)			事業所の (ア) 名 称							
	被保険者の (申請者) 住 所		⑩郵便番号	—		(フリガナ)	(電話番号)						
			⑪住所コード	*									
	療養が被扶養者に関するときは、その方の		(ウ) 氏 名	(エ) 生年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	生	(オ)被保険者 との続柄			
	⑫傷病コード	*				(カ) 傷病名			⑭発病又は負傷年月日 (療養開始日)				
	⑬カ ナ	*						年 月 日					
	(キ)発病又は負傷の原因及びその経過							⑮第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい					
	診療等の支給又は手当てを受けた病院あるいは診療所(医院)の		(ク) 名 称				(コ)診察した医師氏名						
		(ケ)所在地											
移送を受け た区間、 移送期間 および 費用の請求		⑯ 区 間	フリガナ			フリガナ							
		⑰ 移 送 後	1:入院 2:入院外		(サ) 移 送 先	病院		(シ)移送に要した費用の額 円					
		⑱ 移 送 期 間 ( 支 給 期 間 )			(ス)移送回数	(セ)距離	(ソ)利用交通機関						
		自	年	月	日	至	年	月	日	回	km		

支 払 金 融 機 関 の 欄	27 支払区分	* 1:振 込 2:銀 行 送 金 3:郵 便 局 送 金 4:当 地 払	29 預金種別	1:普 通 2:当 座 3:通 知 4:別 段	(ソ) 銀行 金庫 農協	本店 支店
	28 金融機関コード	*			口座名義	
	30 口座番号					

受 取 代 理 人 の 欄	(タ) 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
	住所				
	被保険者 (申請者) 氏名				
	31 代理人の 氏名	(フリガナ)	(チ)委任者と代理人との関係		
代理人 の住所	32郵便番号	—	(フリガナ)		
	33住所コード				

年 月 日 提 出  
受 付 日 付 印

「\*」印欄は記入しないでください。

# 移送に関する意見書

医師 又は 歯科 医師の 意見	対象者氏名		生年月日	年 月 日	
	傷病名		診断年月日	年 月 日	
			移送年月日	年 月 日	
	療養上、移送が必要であると 医師が判断した 詳細な理由 (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理由)				
	移送の方法		移送の 経路	から	まで
移送先医療機関等 の所在地及び名称	所在地： 電話番号： 名 称：				
<p>上記の通り相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称</p> <p style="text-align: center;">医師又は歯科医師名</p>					