

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)情報	記号	番号				
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
	氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日
	住所	(〒 - )	都道府県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				
振込先	給与口座 (任意継続被保険者の方は、振込ご指定口座)					

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 )				
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	年	月	日	続柄 ( )	
	傷病名					
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日	年	月	日		
	移送経路					
	移送方法					
	移送年月日	年	月	日		
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 )・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -				
	移送に要した費用の額	円				
第三者行為によるときはその事実	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合は別途「第三者行為による傷病届」を提出してください。					

医師記入欄	移送を必要と 認めた理由				
	付添を必要と 認めた理由				
	上記のとおり相違ありません。	年	月	日	
医療機関の所在地 :					
(TEL)					
医療機関の名称 :					
医師の氏名 :	印				