**被保険者**

**家　　族**

**健康保険　　　　　移送費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所担当者印 |  | 被　　保　　険　　者　　が　　記　　入　　す　　る　　と　　こ　　ろ | 被保険者証の | ③　生　年　月　日 |  |
|  | ①記号 | ②番号 | 昭和平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  | 被保険者の氏名と印 | (フリガナ) | 事業所の | 名称 |  |
|  |  |
|  | 所在地 |  |
|  | 被保険者の住所 | 郵便番号 | ― | (フリガナ) | (電話番号) |
|  |  |  |
|  | 扶養が被扶養者の関するときは、その方の | ④氏名 |  | ⑤生年月日 | 昭和平成令和 | 年　　月　　日生 | ⑥被保険者との続柄 |  |
|  | 傷病名 |  | 発病または負傷年月日(療養開始日) |
|  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  | 発病または負傷の原因を詳しく |  | 第三者行為によるものですか |
|  | いいえ　・　はい |
|  | 診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の | 名称 |  | 診療を担当した医師等の氏名 |  |
|  | 所在地 |  |
|  | 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求 | 区間 | (フリガナ) | (フリガナ) | 移送後 | 入院　・　入院外 |
|  | から | まで |
|  | 移送先 | 病院 |
|  | 移送期間 | 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 | ㎞ |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 支　　給　　金　　額 |  |
|  | 法定給付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 付加給付 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 承認番号 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日提出受　　付　　日　　付　　印 |
|  | 常務理事 | 事務長 | 係 |  |
|  |  |  |  |  |