

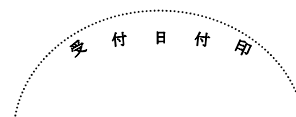
健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	事業所担当者印		被保険者証の			③ 生 年 月 日							
	①記号		②番号		昭和	年	月	日					
	被保険者の氏名と印		(フリガナ)			事業所の	名称						
	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	昭 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)					
	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						
	の請求 移送期間および費用		区	(フリガナ)			移送後	入院 ・ 入院外					
			間	から			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	km	

	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



常務理事	事務長	係