

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被 保 険 者 が 記 入 す る こ と	被保険者の記号・番号			被保険者の氏名			生年月日				
	記号	〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇	(フリガナ) ケンコウ タロウ			昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
				健康 太郎			平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
	被保険者の住所		〒 〇〇〇 - 〇〇〇		電話番号		〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇				
			〇〇県〇〇市〇〇〇町 〇丁目〇〇番〇〇〇号								
	事業所の名称		〇〇〇〇〇〇〇〇株式会社								
	申請が被扶養者に関するときは、その方の		氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者からみた続柄
	傷病名		左大腿骨複雑骨折								
	発病または負傷の原因		自宅の階段にて転倒した								
	発病又は負傷の年月日		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			移送年月日		令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
移送区間		〇〇病院			から		〇〇病院 まで				
移送に要した費用額 (領収書添付)		〇〇〇〇〇〇〇 円			移送後入院外		入院 ・ 入院外				
付添人の氏名及び住所 (付添人がいる場合)		氏名			住所						
支 払 金 融 機 関	金融機関名		支店名または店名		口座種別		口座番号			口座名義人(カタカナ)	
	〇〇銀行		〇〇支店		普通 当座		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			ケンコウ タロウ	

(R6.12)

- ※ 付添人とは医師や看護師のことで、家族が付添っても付添人とはなりません。
- ※ 領収書(原本)・移送経路等が記載された明細書(原本)を添付してください。

受付日付印