

様式第9号

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

令和 年 月 日

被 保 者 が 記 入 す る こ と を こ ろ	被保険者証の記号番号	被保険者の氏名 (フリガナ) ケンコウ タロウ 健康 太郎		生 年 月 日	年齢	
	〇〇〇 - 〇〇〇〇			昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 平成	〇〇 歳	
	被保険者(申請者)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	被保険者との続柄
	疾病名及びその原因	左大腿骨複雑骨折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				
	移送に要した費用額 (領収書添付)	10,500 円	申請額	10,500 円		
	移送経路	〇〇医院 から 〇〇〇総合病院				
移送方法	タクシー					
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	銀行名	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
	郵便局	記号	の	番号		口座名義人(カタカナ)
	9 9 0 0					

(R3.7)

※ 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