

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	被保険者証の記号番号		被保険者の氏名 (フリガナ)			生 年 月 日			年齢		
	—					昭和 平成		年 月 日			歳
	被保険者(申請者)の住所		〒 — 電話番号 — —								
	事業所の名称										
	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										
	発病又は負傷の年月日		令和 年 月 日								
	移送年月日		令和 年 月 日								
	移送に要した費用額 (領収書添付)		円			申 請 額			円		
	移送経路										
移送方法											
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 機 関	銀行	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)	
				普通・当座							
	郵便局	郵便局	記号	の	番号					口座名義人(カタカナ)	
		9900									

(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

移送に関する医師の意見書

医療機関が記入

移送を受けた方の氏名	
傷病名及びその原因	
発病又は負傷年月日	令和 年 月 日

移送年月日	令和 年 月 日
移送方法	
移送経路	

移送を必要と認めた理由

--

付添人(医師・看護師)を必要と認めた理由

--

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

電話番号

— —