健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書（第　　回目）

被保険者が記入するところ

被保険者の記号番号	記号　０００ 番号　０００００	被保険者の（請求者）氏名と印	健保　太郎　㊞ 昭・平○○年　４月　１日生
被保険者の現住所	〒０００－０００００ ○○県○○市○○町１－１ 電話番号０００（　０００　）０００００		
被扶養者が移送を受けたときは、その者の	氏名	生年月日	昭和・平成　年　月　日
被保険者との続柄			
傷病名	腸閉塞	発病又は負傷年月日（診療開始日）	平成　○年○月○日
発病又は負傷の原因及びその経過	不詳。○○○○病院で手術後、経過良好。	第三者行為によるものですか	はい・(いいえ)
診療等の支給又は手当てを受けた病院あるいは診療所（医院）の	名称　○○○○病院 所在地　○○県○○市○○町２	診療した医師等氏名	○○　○○

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（支給期間）	移送回数	移送に要した費用	距離
自　○年○月○日　至　○年○月○日	1回	○○○○円	○○km

利用交通機関	タクシー	備考	

▼必ず記入してください

《同意欄》１・２のいずれかを記入してください。

① 私は、この申請に係る健保組合からの問い合わせ・支給決定の通知を事業所の健保担当者を通じて行うことに同意します。

被保険者（請求者）氏名　健保　太郎　㊞

２．同意されない方は下記に平日（９時～１７時）に連絡が取れる電話番号を記入してください。

・本人（勤務先／携帯／自宅）

・家族（氏名　　）（携帯／自宅）

電話番号　　（　　）

● 振込先を記入下さい。（★フリガナは必ず記入してください）

○○	(銀行)・信金 農協・信組	(普通)・当座 貯蓄・その他	口座番号　０００００００
○○ 支店	★ フリガナ	ケンポ　タロウ	
	口座名義	健　保　太　郎	

※　**振込先の金融機関・支店名・口座番号に誤りがないか再度確認してください。**

受付日付印

私の受ける金額の受領方を下記の者に委任します。

被保険者　氏名　健保　太郎　㊞

住所　○○県○○市○○町１

受任者

氏名　○○　○○　㊞