

健康保険

被保険者
家族

移送費支給申請書

一部負担還元金・家族療養付加金

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号
	氏名	(フリガナ)	生年月日 昭・平 年 月 日
	住所	〒 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()
	事業所名称		

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申 請 内 容	受診者(どちらかに✓)	被保険者	家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか	はい・いいえ(業務外・業務上)
	家族の場合はその方の	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄()
	傷病名	発病又は負傷年月日			令和 年 月 日
	発病又は負傷の原因				
	診療等の支給又は手当 を受けた病院の	名称:	療養を担当した 医師の等の氏名		
		所在地:			
	移送の経路	移送元:	から	移送先:	まで
	移送の手段及び距離	手段: 専用車 鉄道 その他()	距離:	km	
移送期間及び回数	平・令 年 月 日	から	平・令 年 月 日	まで (回数 回)	
移送に要した費用	円				

傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)			

申請年月日 令和 年 月 日

受付日付印