

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	1234	番号	56		
	氏名	(フリガナ)	ケンポ タロウ	生年月日	昭(平) 年 月 日		
	住所	〒	110 - 0000	東京	(都) 道 県	中央区	× - × - ×
		マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先)	090	(1234)		
事業所名称	株式会社						

【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	健保 花子	生年月日	昭(平) 年 月 日	続柄(妻)
	傷病名	脳出血(妊娠 週)	発病又は負傷年月日	令和 年 8 月 5 日		
	発病又は負傷の原因	不明				
	診療等の支給又は手当 を受けた病院の	名称:	産婦人科医院	療養を担当した 医師の等の氏名		
		所在地:	県 市 × - × - ×			
	移送の経路	移送元:	産婦人科医院	から 移送先:	総合病院	まで
	移送の手段及び距離	手段:	✓ 専用車 その他(鉄道)	距離:	15	km
移送期間及び回数	令和 年 8 月 5 日 から 令和 年 8 月 5 日 まで (回数 1 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	1234567
	口座名義 (カタカナで記入)	ケンポ タロウ		

申請年月日 令和 年 月 日

受付日付印