

# 健康保険被保険者 移送費支給申請書

家族 一部負担還元金・家族療養付加金

◎記入方法は記入例をご覧ください。

◎適正な給付決定処理を行う為に個人情報を利用させていただきます。

|  |   |                         |                                    |                      |   |  |
|--|---|-------------------------|------------------------------------|----------------------|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | ①<br>被保険者証<br>の記号・番号                      | 記号<br>6905              | フリガナ<br>ケンポ テルオ                    | 続柄<br>本人             | ③ 生年月日<br>昭平 36年 8月 19日                 |  |
|  |   | 番号<br>73                | ②<br>被保険者<br>(請求者)<br>の氏名<br>健保 照夫 |                      |   |  |
|  | ④<br>被保険者<br>(請求者)<br>の住所                 | 郵便番号<br>154-0012        | 電話<br>03 (5672) 0000               |                      |   |  |
|  |   | フリガナ<br>トウキョウトセタガヤクコマザワ | 東京都世田谷区駒沢〇-〇-〇                     |                      |   |  |
|  | ⑤<br>事業所の名称                               | 株式会社 本田珈琲               |                                    | 電話<br>03 (3742) 0000 |   |  |
|  | ⑥<br>被扶養者が移送を受けたときはその者の                   | 氏名<br>該当せず              | 生年月日<br>昭平                         | 年 月 日                | 被保険者<br>との続柄                            |  |
|  | ⑦<br>傷 病 名                                | 脳内出血                    |                                    | ⑧<br>発病または<br>負傷年月日  | 平成 25年 4月 2日<br>午前・午後 10時 分             |  |
|  | ⑨<br>発 病 ま た は<br>負 傷 の 原 因               | 頭痛が続いた為病院を受診            |                                    |                      | ⑩<br>第三者行為によるものですか<br>はい・いいえ 業務外<br>業務上 |  |
|  | ⑪<br>診療等の支給又は手<br>当を受けた病院ある<br>いは診療所(医院)の | 名 称<br>世田谷病院            | 療養を担当した<br>医師等の氏名<br>井上 正則         |                      |   |  |
|  |   | 所在地<br>東京都世田谷区桜新町〇-〇-〇  |                                    |                      |   |  |
| ⑫<br>移 送 を 受 け た 期<br>間、お よ び 移 送 費<br>の 額               | ⑬<br>区 間<br>世田谷区桜新町<br>世田谷病院 から 川崎市高津区 まで | ⑭<br>移 送 先<br>川崎総合 病院   |                                    |                      |   |  |
|  | ⑮移送期間<br>自 25年 4月 6日<br>至 25年 4月 6日       | ⑯移送回数<br>1 回            | ⑰距離<br>15 km                       | ⑱利用交通機関<br>寝台車       | ⑲移送に要した費用<br>20,000 円                   |  |

|   |                                      |                          |               |       |      |  |
|---|--------------------------------------|--------------------------|---------------|-------|------|--|
| 給<br>付<br>金<br>の<br>受<br>け<br>取<br>り<br>方<br>法<br>に<br>関<br>す<br>る<br>欄 | 支 払 先<br>及 び 支 払 方 法                 | ⑳ 支 払 先<br>本人 (請求者) に支払う | 受付日付印         |       |      |  |
|   |                                      | ㉑ 支払方法<br>銀行振込           |               |       |      |  |
|   | ㉒<br>振 込 機 関 名<br>(口座名義を記<br>入して下さい) | 金融機関番号                   | 〇〇            | 金融機関名 | 〇〇銀行 |  |
|   |                                      | 支店番号                     | 〇〇            | 支店名   | 〇〇支店 |  |
|   |                                      | 口座番号                     | ⑰・貯・当) 〇〇〇〇〇〇 |       |      |  |
|   |                                      | フリガナ                     | ケンポ テルオ       |       |      |  |
|   | 口座名義                                 | 健保 照夫                    |               |       |      |  |

平成 25年 4月 10日 提出

酒 フ ー ズ 健 康 保 険 組 合