

健康保険(被保険者・家族)移送費 支給申請書

(被保険者が記入するところ)

被保険者証の		被保険者の氏名		〒		印	
記号	番号			TEL			
被保険者の住所		〒		-		-	
移送が被扶養者に関するときはその者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者との続柄
傷病名			発病または負傷年月日	平成 令和	年	月	日
発病または負傷の原因及びその経過	いつ・どこで・何をしていますか		第三者行為によるものですか		はい ・ いいえ		
診療を受けた病院等の	名称			診療した医師の氏名			
	所在地						
移送を受けた期間	平成 令和	年	月	日から	平成 令和	年	月
				日まで	日間	移送を受けた回数	回
移送を受けた区間	から						まで
移送に要した費用	円	利用交通機関			距離	Km	
給付金の振込先(被保険者名義)	銀行	農協組合			普通	口座番号	
	信用金庫	労働金庫			当座		
	信用組合			支店	その他		

(添付書類)

○ 移送に要した費用の領収書 (原本)

(健保使用欄)

支給額					円	理事長	常務理事	事務長	担当者
健保受付年月日	入力年月日			支払年月日			備考		