

【記入例】

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額	円				
				支給期間	令和 令和	年 年	月 月	日 日	日間

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	80	番号	100000	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 ○年 ○月 ○日			
	氏名	(フリガナ) サンタテ タロウ	三立 太郎	所属	三協立山(株)○○○ 部・支店・工場 ○○○ 課				
	自宅住所	(〒 933 - ○○○○)	富山 高岡市○○町○○○	都道府県	富山 高岡市○○町○○○ ○○番地				
	電話番号	TEL 0766 (○○) ○○○○							

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 三立 一郎) 続柄(長男)			
	生年月日 (移送を受けた方が家族の場合)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 ○年 ○月 ○日	傷病名	○○○○○病	
	発病または負傷の原因				
	発病または負傷の年月日	令和 ○年 ○月 ○日	移送年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
	移送経路	○○○病院から○○○大学附属病院まで			
	移送方法	新幹線・タクシー	移送に要した費用の額	○○○○○ 円	
	付添人の有無及び その住所(家族を除く)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 ○○病院○○○医師 1名) ・ <input type="checkbox"/> 無 〒 —			
第三者行為によるときは その第三者の氏名・住所	氏名 〒 —				

【添付書類】①移送費用の領収証(原本) ②移送を必要とする医師の意見書※2枚目に記入してもらってください。

振込先指定口座	金融機関 名称	北陸	銀行	金庫	信組	高岡	本店	支店	店舗番号	201
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座	口座番号	1234567					
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。 サンタテ タロウ				口座名義 の区分	1	1. 申請者(被保険者) 2. 代理人		

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記 の代理人に委任します。			令和 年 月 日	受付日付印
	代理人 (口座名義人)	(〒 —)	TEL ()	委任者と 代理人との 関係		
	住所 (フリガナ)	氏名				

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄

移送費 医師の意見記入欄	移送を受けた方の氏名	移送を受けた方の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
	移送を必要と認めた理由				
	付添を必要と認めた理由				
	移送経路				
	移送方法	移送年月日	令和	年 月 日	
上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 TEL ()					

※上記の記入欄に医師の証明をもらってください。
 または「移送費の医師の意見書」を発行していただき移送費支給申請書に添付ください。