

| | | | | | | | | | |
|----------------|------|-----|----|-------|----------|--------|--------|--------|----|
| 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 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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)〇〇〇 | 部・支店・工場 〇〇〇 課 |
| | 自宅住所 | (〒 933 - 〇〇〇〇) | 富山 高岡市〇〇町〇〇〇 | 都道府県 | 富山 〇〇番地 | |
| | 電話番号 | TEL 0766 (〇〇) 〇〇〇〇 | | | | |

| | | | | |
|----------------------------|-------------------------|--|------------|-------------|
| 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 〇年 〇月 〇日 | 傷病名 | 〇〇〇〇〇病 |
| | 発病または負傷の原因 | | | |
| | 発病または負傷の年月日 | 令和 〇年 〇月 〇日 | 移送年月日 | 令和 〇年 〇月 〇日 |
| | 移送経路 | 〇〇〇病院から〇〇〇大学附属病院まで | | |
| | 移送方法 | 新幹線・タクシー | 移送に要した費用の額 | 〇〇〇〇〇 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 〇〇病院〇〇〇医師 1名) ・ <input type="checkbox"/> 無 〒 ー | | |
| 第三者行為によるときは その第三者の氏名・住所 | 氏名 〒 ー | | | |

【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 農協 漁協 高岡 | 本店 支店 店舗番号 出張所 2 0 1 |
| | 預金種別 | 1 普通 2. 当座 | 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 |
| | 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) | (〒 ー) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名 委任者と 代理人との 関係 | |

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。