

|      |     |      |     |     |
|------|-----|------|-----|-----|
| 月 日  | 金 額 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| 支給決定 |     |      |     |     |

被 保 険 者

被 扶 養 者

移 送 費 支 給 申 請 書

|                                  |         |                |             |                |              |        |  |
|----------------------------------|---------|----------------|-------------|----------------|--------------|--------|--|
| 被 保 険 者 証 の<br>記 号 ・ 番 号         | —       |                | 事業所の名称      |                |              |        |  |
| 被 保 険 者 名                        |         |                | 生 年 月 日     | 昭・平 年 月 日      |              |        |  |
| 移送を受けた者の氏名                       |         | 生年月日           | 昭・平・令 年 月 日 |                | 被保険者<br>との続柄 |        |  |
|                                  |         |                |             |                |              |        |  |
| 傷 病 名                            |         |                |             | 発病又は負傷年月日      | 年 月 日        |        |  |
| 発 病 又 は<br>負傷の原因                 |         |                |             | 第三者行為によるものですか  |              |        |  |
|                                  |         |                |             | ア.いいえ イ. はい    |              |        |  |
| 診療を受け<br>た病院等の                   | 名 称     |                |             | 医師の氏名          |              |        |  |
|                                  | 所在地     |                |             |                |              |        |  |
| 移送を受けた<br>区間・移送期<br>間及び費用の<br>請求 | 区<br>間  |                |             | 移 送 後          | ア.入院 イ.入院外   |        |  |
|                                  |         |                |             | 移 送 先          |              |        |  |
|                                  | 移 送 期 間 |                | 移送回数        | 移送に要し<br>た費用の額 | 距離           | 利用交通機関 |  |
|                                  | 自 至     | 年 月 日<br>年 月 日 | 回           | 円              | KM           |        |  |
| 備 考                              |         |                |             |                |              |        |  |

※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。  
(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書類が必要です。)

上 記 の と お り 申 請 致 し ま す 。

令和 年 月 日

ク ラ シ エ 健 康 保 険 組 合 御 中

被保険者  
住 所  
氏 名  
電話番号