

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 記号・番号	1001 - 777666	事業所の名称	クラシエ(株)〇〇工場			
被保険者名	都島 健夫	生年月日	S H 50年 8月 13日			
移送を受けた者の氏名	都島 太郎	生年月日	S H 20年 7月 17日	被保険者 との続柄	父	
傷病名	脳卒中		発病又は負傷年月日	28年 7月 10日		
発病又は 負傷の原因	不詳		第三者行為によるものですか			
			A いいえ イ. はい			
診療を受けた 病院等の	名称	健康記念病院	医師の氏名	厚生 治		
	所在地	大阪市北区梅田1-4-7				
移送を受けた 区間・移送期 間及び費用の 請求	区 間	梅田1丁目	友渕町	移送後	A. 入院 イ. 入院外	
				移送先	都島市民病院	
	移送期間		移送回数	移送に要した 費用の額	距離	利用交通機関
	自 28年 7月 12日 至 年 月 日	1 回	1,480 円	2 KM	民間の 患者輸送車	

上記のとおり申請致します。

平成 28年 8月 12日

クラシエ健康保険組合 御中

被保険者

住 所 京都市左京区嵐山1-3

氏 名 都島 健夫

電話番号 075-451-1123

