

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	移送費

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事
-----	----	-----	------

移 送 費 支 給 申 請 書

被保険者証 記号・番号				請 年 月 求 日	令和 年 月 日		
被 保 険 者 氏 名	フリガナ	印	会 社 名 所 属	(連絡先)			
傷 病 名				発 病 また は 負 傷 年 月 日	令和 年 月 日		
原 因 及 び 傷 病 の 経 過							
移送を受けた理由	別紙添付のとおり			診療を受けた 医療機関			
移 送 日	令和 年 月 日			移 送 に 要 した 費 用	円		
移送の方法 区間・回数	利用交通機関	利 用 区 間		距離 (Km)	左の金額 (円)		
		～					
		～					
		～					
(傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実ならびに第三者の住所・氏名(住所不明のときはその旨)				移 送 後 ○をつける	入院 ・ 入院外		
				移 送 先			
支払金融機関 〔被保険者 名義の口座〕	フリガナ	コード	フリガナ	コード	預金種別	口座番号	
	銀 行		支 店		普 通 当 座		

移 送 に 要 し た 費 用									
支 給 査 定 額	控 除 額								
	移 送 費 支 給 決 定 額								

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみに記入して下さい。
2. 移送に要した費用の領収書を添付して下さい。
3. 医師が発行した「移送に関する証明書」添付して下さい。
4. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものいたします。

受 付 印

出 納 印

移送に関する証明書

対 象 者 氏 名		住所	
傷 病 名			
移送を必要とする理由 (症状など詳細に)			
付添いがあった場合 その付添いを必要と す る 理 由			
移 送 内 容	経 路		
	方 法		
	年月日		

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称

保険医氏名

印