

令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	家族移送費

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
-----	----	-----	------

家族移送費支給申請書

被保険者 記号・番号			請年 月日	令和 年 月 日	
被保険者 氏名	フリガナ	印	会社名 所属	(連絡先)	
受診者 氏名	フリガナ	被保険者に対する続柄	退職者の 場合	退職年月日 令和 年 月 日 住所 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・薬剤を受 けた病院・薬局 の住所・氏名		
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)
付添があった 時はその者の	氏名		住所		
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)					
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
	銀行		支店		普通 当座
					口座番号

移送に要した費用								
支給査定額	控	除	額					
	家族移送費支給決定額							

- (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」を添付して下さい。
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といたします。

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