

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	(連絡先)	
受診者 氏名	フリガナ	被保険者に対する統括	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 銀行	コード 支店	フリガナ 支店	コード 預金種別 普通 当座	口座番号

移送に要した費用								
控除額								
支給査定額 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