

■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。
 (無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)
 ■健康保険組合へ**直接**ご提出ください
 (労務担当箇所を経由する必要はありません)

令和	
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

家族

<記入時の注意事項>

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、被保険者が勤務している会社・部所名をご記入ください。
- ③ 「支払金融機関」欄の「銀行コード」および「支店コード」については、もし確認が困難であれば、無記入でも結構です。
「銀行コード」および「支店コード」以外は必ずご記入ください。

被保険者証 記号・番号	4000・1234567			年 月 日	令和 年 月 日
被 保 險 者 氏 名	フリガナ ケンボ タロウ 健 保 太 郎	印 印	会 社 名 所 属	② 四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター (連絡先) 050-1234-5678	
受 診 者 氏 名	フリガナ ケンボ ハナコ 健 保 花 子	被保険者に対する続 柄 妻	退 職 者 の 場 合	退職年月日 令和 年 月 日 住 所 連絡先	
傷 病 名	〇〇〇〇〇			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	〇〇病院
移送日	令和 年 月 日			移送に 要した費用	〇〇〇〇〇 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)
	〇〇	〇〇 ~ 〇〇		〇〇	〇〇〇〇〇 円
付添があった 時はその者の	氏 名	〇〇 〇〇		住所	〇〇県〇〇市〇〇
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)	フリガナ〇〇 〇〇 銀行	コード 9 9 9 9	フリガナ 〇〇 〇〇 支店	コード 9 9 9	預金種別 普 通 当 座
					口座番号 9 9 9 9 9 9 9 9

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

＜記入時の注意事項＞

この用紙は保険医に証明してもらってください。

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