

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

提出日 令和 6年 12月 1日

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等記号・番号	1 0	9 9 9 9 9		
	事業所名(会社名)	〇〇〇〇株式会社		所属	〇〇〇〇 室・課
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒492-8153)	愛知 都道 府県 稲沢市井之口町中四反畑4500番地	年	月
電話番号(日中の連絡先)	自宅	0 5 8 7 (2 3) 6 6 6 1	携帯	090 (〇 〇 〇) 〇 〇 〇 〇	

振込先指定口座(被保険者名義)	金融機関名称(ゆうちょ銀行以外)	三菱UFJ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他()	名古屋営業部	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	1 1.普通 2.当座 3.その他()	口座番号	8 8 8 8 8 8 8 8	左づめでご記入ください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字として左づめでご記入ください。)				
		ケ ン ホ ° タ ロ ウ				

提出ルート	被保険者(申請者) ⇒ 医療機関(担当医の証明) ⇒ 被保険者 ⇒ 健保組合
-------	--

「申請者・医療機関記入用」は2ページに続きます。>>>

受付	入力	支払
----	----	----

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・医療機関記入用

申請内容	移送を受けた方の氏名 及び その続柄	氏名: 健保 ハナ (続柄: 母)
	移送を受けた方の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 36 年 10 月 1 日
	傷病名	急性骨髄性白血病
	発病または負傷の原因	不明
	発病または負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 3 月 23 日
	移送経路	稲沢市〇〇〇から名古屋市〇〇〇まで
	移送方法	寝台自動車により搬送
	移送年月日	<input type="checkbox"/> 平成・ <input checked="" type="checkbox"/> 令和 6 年 8 月 10 日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	65,000 円
	第三者行為によるときはその事実	
第三者の氏名 及びその住所	氏名 〒 -	

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と 認める	
	この欄は、医師・歯科医 に証明を受けてください	