

健康 使用欄	支払額	款項目	¥	百万	拾万	万	千	百	拾	円	平成 年 月 日取得	平成 年 月 日 伺
				平成 年 月 日喪失	平成 年 月 日支払							

健康保険 被保険者 移送費申請書
家族

◎ 第三者の行為による怪我の場合はこの申請書の他に「第三者行為による傷病届」を必ず提出してください。

被保険者証の 記号・番号	(記号) 29	(番号) 56	事業所名	△△△△株式会社			
被保険者(申請者)の氏名・印	佐藤 次郎		(印)	生年月日	昭和 平成	48 年 10 月 31 日	
被保険者(申請者)の住所	〒 ー 大阪市...			電話	06	(〇〇〇〇)	××××
療養が被扶養者に関するときはその方の氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄		
傷病名	膝骨折		発病または 負傷年月日	平成	26 年 4 月 10 日頃		
発病又は負傷の原因・状況を詳しく	家の階段を踏み外し転落したため		業務中によるものですか	□いいえ・□はい		第三者によるものですか	□いいえ・□はい
診療等の支給又は手当を受けた医療機関の	名称	〇〇〇病院		診療を担当した 医師等の氏名	〇〇 〇〇〇		
	所在地	大阪市...					
移送を受けた 区間、移送期間 および 費用の請求	区間	フリガナ オオサカ	フリガナ トウキョウ	移送後	0:入院外 1:入院		
		大阪	東京	移送先	〇〇〇〇 病院		
	移送期間(支給期間)		移送回数	移送に要した費用	距離	利用交通機関	
	平成26年4月13日～平成26年4月13日		1	10,000 円	〇〇km	飛行機	

傷病名		傷病経過 の概要	
移送経路 及び移送方法			
移送年月日 及び回数	平成 年 月 日から	平成 年 月 日まで	()回
移送を必要とする理由	移送に要する費用額 円		

支払希望の銀行	〇〇〇	銀行 信用金庫 農協	〇〇〇	店	支店 コード	〇〇〇	普通当座 (〇をつけてください)
口座 番号	0	1	2	3	4	5	6
口座 名義	(フリガナ) サトウ ジロウ 佐藤 次郎						

受取 代理人の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	
	平成 年 月 日	
	住所	
	被保険者 氏名	(印)
	住所	
代理人 氏名	(印)	

平成 年 月 日提出
.....
受付日付印