健保使用欄	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 家族　移送費申請書

◎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」を必ず提出ください。
◎移送に要した費用の領収書の原本を添付してください。

被保険者が記入するところ

被保険者証の記号・番号	（記号）	（番号）	事業所名				
被保険者（申請者）の氏名・印	㊞	生年月日	昭和 平成　年　月　日				
被保険者（申請者）の住所	〒　－ 電話　（　）						
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		発病または負傷年月日	平成　年　月　日頃				
発病又は負傷の原因・状況を詳しく		業務中によるものですか	第三者によるものですか				
		□ いいえ・□ はい	□ 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		診療を担当した医師等の氏名				
	所在地						
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	フリガナ	移送後	0:入院外　1:入院		
		から	まで	移送先	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　年　月　日～平成　年　月　日			円	km		

医師が意見を記入するところ

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	移送に要する費用額 円
移送を必要とする理由			

支払希望の銀行

銀行 信用金庫 農協								店	支店コード		普通・当座（○をつけてください）	
口座番号								口座名義	（フリガナ）			

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

被保険者
住所
氏名　㊞

代理人
住所
氏名　㊞

平成　年　月　日提出

受付日付印

住商連合健康保険組合