

健康保険 被保険者 移送費支給申請書
被扶養者

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） の 記 入 す る と こ ろ	被保険者証号 （被保険者番号）	-		被保険者 （申請者） 氏名	(フリガナ)			
	被保険者 （申請者） 住所	〒 -		電話 ()				
	事業所	名称						
		所在地	〒 -					
	被扶養者が移送を受けたときの その者の	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者 との続柄		
	傷病名			発病または 負傷年月日 （療養開始日）	昭和・平成・令和 年 月 日			
	発病または 負傷の原因 を詳しく			第三者行為による ものですか		はい・いいえ		
	診療等の支給又は 手当を受けた病院 あるいは診療所 （医院）の	名称			療養を担当した 医師等の氏名			
	移送を受けた 区間、移送期間 及び費用の請求	区	(フリガナ)	(フリガナ)	移送後	入院・入院外		
		間	から	まで	移送先	病院		
間		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	移送回数	移送に要した費用の額	距離	利用交通機関	
被保険者名義 （申請者） 受取金融機関	銀行	本店	種別	普通 当座	口座番号			
	信用金庫	支店		口座名義 （フリガナ）	7ケタで記入			
	信用組合							
	農協							

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 （申請者） 氏名 住所
	代理人の氏名 (フリガナ)
	〒 - Tel () 代理人の住所

同意欄	この度申請した移送費の支給に関して、貴組合が医療機関等に照会することに同意します。 被保険者氏名
-----	---

支払日付印	受付日付印

令和 年 月 日提出

医師又は歯科医師の意見書

傷病名	
移送を必要とする理由 （症状、その他 具体的に記入 してください）	
移送の方法 区間・回数	
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 所在地 医療機関の名称 電話番号 医師の氏名	

<添付書類>

この申請書の提出にあたっては、次に掲げる書類を添付して下さい。

- 移送に要した費用の領収書写し
- 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文

（千葉県トラック健康保険組合）