

支 給 額			支給決定年月日	令和 年 月 日		
48	移 送 費	円	常務理事	事務長	参事補	担当者
73	一部負担還元金	円				
74	家族療養付加金	円				
支給額計		¥ 円	備考			

健康保険（被保険者・被扶養者）移送費支給申請書

被保険者記入欄		記号	番号	事業所名	
被保険者証記号及び番号					
被保険者氏名、印、生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	⑩	移送を受けた者が被扶養者の場合、その者の氏名、生年月日、続柄	続柄 ()	昭和・平成・令和 年 月 日生
傷 病 名			移送経路		から
発病又は負傷の原因					まで
発病又は負傷年月日	平成 令和 年 月 日		移送方法		
付添があったとき、その者の氏名及び住所	氏名		移送年月日	平成 令和 年 月 日	
	住所		移送に要した費用		円
給付金の受領委任欄	この給付金の受領を (役職名) (氏名)			令和 年 月 日	被保険者氏名
	_____ ⑩ _____ ⑩				
	に委任します。				

医師の証明欄					
移送を必要と認めた理由		移送経路			から
					まで
付添があったとき、その付添が必要と認められた理由		移送方法			
		移送年月日	平成 令和 年 月 日		
令和 年 月 日					
医療機関所在地					
医療機関名称					
医師氏名					
_____ ⑩ _____					