

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					
被保険者証記号及び番号	記号	番号	事業所名		
被保険者氏名、印、生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生		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		
	_____ ⑥ に委任します。		_____ ⑥		

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					
⑥					