

健保組合記入欄 ※この欄は記入しないで下さい		支給額		支給決定年月日		平成 年 月 日	
48	移送費	円	常務理事 事務局長 参事 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					

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 123		番号 456		事業所名 ○○○○○	
被保険者氏名、印、生年月日	健保 太郎 (印)			昭和・平成 45年 1月 1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 年 月 日生	
傷病名	心筋梗塞			移送経路	○×病院 から		
発病又は負傷の原因	不詳				△△病院 まで		
発病又は負傷年月日	平成 24年 4月 12日			移送方法	タクシー		
付添があったとき、その者の氏名及び住所	氏名 健保 花子			移送年月日	平成 24年 4月 12日		
	住所 ○○市××区○○××			移送に要した費用	3,450 円		
給付金の受領委任欄	この給付金の受領を (役職名) (氏名) ○○○○ ○○○○ (印)			平成 24年 4月 30日 被保険者氏名 健保 太郎 (印)			
に委任します。							

医師の証明欄		※医師に証明をもらって下さい					
移送を必要と認めた理由	○○○○			移送経路	○×病院 から		
付添があったとき、その付添が必要と認めた理由	○○○○				△△病院 まで		
				移送方法	タクシー		
			移送年月日	平成 24年 4月 12日			
平成 ○○年 ○○月 ○○日							
医療機関所在地				○○市××区△△			
医療機関名称				○○○○			
医師氏名				○○○○ (印)			