

健康保険組合記入欄	受付年月日	平成	年	月	日
	承認年月日	平成	年	月	日

常務理事	事務長	課長	係長	担当者

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被保険者が記入するところ	健康保険証の記号・番号	記号		番号		事業所の名称		
	移送を必要とする方の氏名	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	続柄	
	傷病名			発病又は負傷年月日		平成	年 月 日	
	発病又は負傷の原因					第三者行為によるものですか	はい・いいえ	
	移送を必要とした理由							
	移送日	平成 年 月 日						
	移送の区間	から まで 経由						
	移送に要した費用	円						
	上記のとおり申請します。 平成 年 月 日							
	住所 〒 - 被保険者の氏名 ① 電話番号 - -							

受取金融機関の欄	銀行コード			
	銀行名			
	店番号			
	支店名			
	種類	普通・当座		
	口座番号			
フリガナ				
口座名義				

委任状	上記請求金額の受領を	① に委任します。
	平成 年 月 日	
	被保険者氏名	①

個人振込を希望される場合は、被保険者の口座をご記入ください。(委任状は不要です)
ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に通帳の記号番号を記入してください。

受付日付印

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

患者氏名			
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下さい)。			
入院する病院又は診療所の名称			
移送の方法及び区間	方法	区間	から まで 經由
移送年月日	平成 年 月 日		
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>			

(医師への注意事項)

数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を抹消し、その部分へ下欄に押した印と同じ印を押してからその上に正しい数字または、文字を記入して下さい。