

被保険者  
被扶養者  
移送費支給申請書

被保険者記入欄	被保険者等 記号・番号				被保険者氏名						
	事業所名					電話番号					
	対象者氏名	続柄				生年月日	S・H・R	年	月	日	
	傷病名										
	発病または 負傷の原因	いつ	H・R			年	月	日	どこで		
		どのように									
		勤務時間中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		通勤途上ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		交通事故等の 第三者行為に よるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	移送年月日	H・R					年	月	日	移送に要した 費用	円
	移送区間						移送方法				
	移送を受けること になった理由										
被保険者氏名(自筆) 支給金額の受領を事業主に委任いたします。											

※移送に要した費用の領収書原本と明細書を添付すること。

医師意見記入欄	対象者氏名				傷病名								
	移送年月日	H・R									年	月	日
	移送区間 及び方法												
	移送を必要と 認める理由												
	付添人の有無 と氏名・住所	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 無	氏名							<input type="checkbox"/> 医師			
			住所							<input type="checkbox"/> 看護師			
付添を必要と する理由													
上記の通り相違ないことを証明します。 R 年 月 日 所在地 医療機関 名称 保険医氏名 電話番号													

組 合 記 入 欄	支給並びに支出決済伺				
	移送方法	常務理事	事務長	担当	健保受付
	移送区間				
	支給決定額	円			