

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

(注意事項) ○ 移送に要した費用の領収書(原本)を添付のこと。
○ 記載事項を訂正した場合はその箇所に訂正印を押印のこと。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名			
	被保険者の個人番号 (記号番号記入の場合は不要)			事業所名称			
	被保険者の個人番号 (記号番号記入の場合は不要)			被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	移送が被扶養者に 関するものであるとき	被扶養者 氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者との続柄
	傷病名			発病または 負傷年月日	平成・令和	年 月 日	
	発病または負傷の原因	(いつ、どこで、何をしていた、どうなったのか)					
	移送経路	から まで					
	移送方法		移送年月日	平成 令和	年 月 日		
	移送距離		km	移送に要した 費用		円	
	付添人の氏名、住所、 支払った金額 (費用を支払った場合)					円	
診療または手当を 受けた医療機関	名称		診察した医師 氏名				
	所在地	TEL					
第三者の行為により 負傷したとき	負傷状況						
	加害者氏名		住所				

移送を必要と認めた医師の意見書			
傷病名		発病または 負傷年月日	平成 令和 年 月 日
移送を必要と認めた理由 (付添人をつけた場合は その付添を必要と認めた理由)			
移送経路	から まで		
移送方法			
移送年月日	平成 令和 年 月 日	移送距離	km
上記のとおり、証明します。			
	年 月 日	所在地	
		医療機関 名称	
TEL		医師氏名	Ⓜ

三重県農協健康保険組合 御中 年 月 日

上記給付金を申請いたします。

(〒 -) 受 付

被保険者 (請求者) 住所 _____

氏名 _____ Ⓜ

【振込先口座】

農協 本店 普通 口座番号※ _____

銀行 支店 当座 振込先口座名 (カタカナ) _____

※口座番号は右詰でご記入ください。