

健康保険 **被保険者** 家族 **移送費支給申請書**

(注意事項)
○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。
○移送に要した費用の領収書(原本)を添付のこと。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 記号・番号	記号 999	番号 100	被保険者氏名 健保 太郎	事業所名称 三重県農業協同組合
	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 50 年 10 月 30 日 平成	
	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 年 月 日 平成	被保険者との続柄
	傷病名	脳動脈瘤		発病または負傷年月日 平成 28 年 10 月 1 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) 不明			
	移送経路	松阪市〇〇町 から 津市〇〇町 まで			
	移送方法	タクシー	移送年月日 平成 28 年 10 月 1 日		
	移送距離	30 km	移送に要した費用	20,000 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 三重県立農協病院	診察した医師氏名 農協 太郎	所在地 三重県津市栄町300番地 TEL 059-222-3333	
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	脳動脈瘤	発病または負傷年月日	平成 28 年 10 月 1 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)	専門病院において手術の必要が生じたが、患者は歩行困難であるため、公共交通機関を利用できず、タクシーにより搬送する必要があるものと判断した。		
移送経路	松阪市〇〇町 から 津市〇〇町 まで		
移送方法	タクシー		
移送年月日	平成 28 年 10 月 1 日	移送距離	30 km
上記のとおり、証明します。			
平成 28 年 10 月 13 日			
医療機関	所在地	三重県松阪市栄町100番地	
名称	松阪診療所		
医師氏名	農協 二郎	印	
TEL	059-222-3333		

三重県農協健康保険組合 御中
平成 28 年 10 月 30 日
上記給付金を申請いたします。

(〒 514 - 1234)
住所 津市栄町1番地
氏名 健保 太郎 (健保)

被保険者(請求者)

【振込先口座】

三重県 津市 農協 本店 普通 支店 当座 銀行

口座番号※	0	1	2	3	4	5	6
振込先口座名(カタカナ)	ケ	ン	ポ	タ	ロ	ウ	

※口座番号は右詰でご記入ください。