

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

年 月 日提出

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号 番号		被保険者氏名		事業所 名称		
	被保険者の 住所		〒 ー 電話 ()				
	申請 対象者		氏名		生年月日		被保険者との続柄
	傷病名		発病または 負傷年月日		年 月 日		
	発病・負傷の 原因・経過		負傷の場合 負傷の状況		<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故)によるケガ <input type="checkbox"/> 勤務中、出勤退勤途中のケガ		
	診療を受けた 医療機関等		名称		医師名		
			所在地		電話 ()		
	移送を受けた 区間 移送期間 費用		区 間 から まで (交通機関)		移送 先 医療機関名		入院 ・ 入院外
			期 間 自 年 月 日 至 年 月 日		費 用		円
	在籍中の方		私は事業主を代理人と定め、本申請書の給付金受領に関する権限を委任します。また、代理受領された給付金より事業主が租税公課等を控除することに同意します。				
退職後の方 (任意継続者は 記入不要)		銀行名		支店名		口座名義(カナ)	
						預金種別	
						口座番号	
				普通 当座			

医 師 が 証 明 す る と こ ろ	傷病名		療養の開始日		年 月 日		
	移送を必要と 認めた理由						
	移送先 医療機関		名称		所在地		
					TEL		
	移送区間		利用交通 機関				
	付添の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 「有」の場合は その理由 ()				
	上記の通り相違ありません		年 月 日				
医療機関所在地		医師の氏名					
医療機関名称		Ⓜ					
電話番号							

<健保組合記入欄>

基準額	負担割合		支給額		円		
	7割・8割・9割		内 訳		療養費		
	円				円		
		付加金		円			

受付日

常務理事	事務長	担当者

日産化学健康保険組合