

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 等				被 保 険 者 の 生 年 月 日						
	記 号		番 号		昭和 平成	年	月	日			
	—										
	被 保 険 者 (申請者) の 氏 名		(フリガナ)	事業所の	名 称						
					所 在 地						
	被 保 険 者 (申請者) の 住 所		〒								
			都 道 府 県			電 話 ()					
	療養が被扶養者に関するときはその方の		被 扶 養 者 の 氏 名		被 扶 養 者 の 生 年 月 日			被 保 険 者 と の 続 柄			
					昭和 平成 令和	年	月	日			
	傷 病 名				病または負傷年月日(療養開始日)						
				年 月 日							
発 病 又 は 負 傷 の 原 因				第三者の行為によるものですか							
				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は、「第三者の行為による傷病届」を出してください。							
移 送 を 必 要 と す る 理 由											
移 送 区 間 及 び 回 数		から まで (回)									

※ 傷病の原因が第三者の行為により場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

委 任 状	療養費の受領を	㊦	に委任します。
	令和 年 月 日		
	被保険者(請求者)氏名	㊦	

公 金 受 取 口 座		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑、しない場合は下記の欄を記入。)							
退 職 者 用 振 込 先	銀 行 名	銀行・農協 金庫・信組		本 店 支 店	種 別	普 通 ・ 当 座	通 帳 番 号		
	口 座 名 義	(フリガナ)							

個人番号記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※記号・番号を記入した場合は不要

令和 年 月 日 提出

千葉県機械金属健康保険組合



移送費申請書用

【医師による意見欄】

医師 の 意 見 欄	移送対象者	氏 名	
		生 年 月 日	
	傷病名		
	移送の方法		
	移送年月日	令和 年 月 日	
	移送に要した費用の額	円	
	移送の経路	から	まで
	移送の回数	回	
	移送を必要とした理由	症状等を具体的に記入してください。また付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を記入してください。	
	上記のとおり移送の必要を認めます。		令和 年 月 日
医療機関	住所（所在地）	〒	
	名称		
	医師氏名	連絡先	（ ）