

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被 保 険 者	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 の 氏 名	(フリガナ)		事業所の	名 称				
				所 在 地				
被 保 険 者 の 住 所	〒							
	都 道 府 県				電 話 ()			
が 記 入 す る と こ ろ	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	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	（ ）