

被 保 険 者
被 扶 養 者

移送費支給申請書

申請年月日	令和 年 月 日		事業所(会社)の名称	
被保険者証の記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(ﾌｶﾞﾅ)
連絡先住所・電話番号	(〒 -) (TEL :)			
対象者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被保険者との続柄
傷病名		発病または負傷の年月日	令和 年 月 日	
発病または負傷の原因		傷病が第三者の行為に因るものであるか否か	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <small>※有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。</small>	
移送経路、移送方法、移送期間および費用の請求	移送経路	(ﾌｶﾞﾅ) から (ﾌｶﾞﾅ) まで		
	距離	Km	利用交通機関	
	移送後	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	移送先	
	移送期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間		
	移送回数	回	移送に要した費用の額	円
移送を必要とする理由	(症状、その他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併記してください。)			
付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 付添人氏名 付添人住所 <input type="checkbox"/> 無			
委任状	給付金の振込について： 健保から事業主へ振込み、事業主から被保険者へ給与に含めて振込まれます。給与合算手続きを事業主に依頼するため、必ずご署名ください。			
	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名			

K008

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください
 二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印