

記入例

健康保険

被保険者

家族

移送費申請書

被 保 険 者 本 人 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の記号	0000	番号	7777	
	(2) 被保険者名	太陽 花子	(4) 事業所の所在地	太陽生命保険(株)〇〇支社 東京都〇〇区××町1-2-3	
	(3) 生年月日	昭和35年 10月 25日	被保険者との続柄		
	(5) 被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名	該当せず	生年月日	年月日	
	(6) 傷病名	胸椎圧迫骨折	(7) 発病(負傷)年月日	平成20年 12月 27日	
	(8) 発病(負傷)の原因	休日の買い物中、〇〇駅の駐輪場で自転車に乗ろうとしたところ転倒したため	(9) 第三者行為によるものですか	はい いいえ	
	(10) 移送を必要とする理由	〇×〇病院には手術の設備がないため	(11) 移送に要した費用	領収書・明細書の原本を添付 15,000 円	
	(12) 振込希望銀行(報酬振込口座)	〇〇×× 銀行 東京中央 支店	普通・当座 No.	1234567	
			預金名義人	タイヨウ ハナコ	
	(13) うえのとおり申請します。	21年 1月 6日 〒123-4567 TEL ( ) 住所 東京都〇〇区△△町4-5-6 被保険者のフリガナ タイヨウ ハナコ 氏名 太陽 花子 太陽生命健康保険組合理事長殿			
				太陽印	
	(担当医師に記入を証 明ください)	(14) 傷病名	胸椎圧迫骨折	(15) 移送年月日	平成20年 12月 27日
		(16) 移送を受けた区間	〇×〇病院 から	△×〇病院 まで	(17) 移送先 東京△×〇病院
(18) 移送期間		自平成20年 12月 27日	至平成20年 12月 27日	(19) 移送回数 1回	
(20) 移送を必要とする理由		当病院には手術に必要な設備がなかったため			
(21) 移送の方法(利用交通機関)		民間救急車			
(22) 付添が必要な場合はその理由		該当せず	付添人氏名:		
			付添人住所:		
(23) 上記のとおり移送の必要を認めます。	21年 1月 6日 名称 〇×〇病院 医療機関の所在地 東京都〇×区〇△町7-8-9 電話 03-3333-0000 担当医師名 日本 次郎				
			日本印		

受付日付印