

# 健康保険 被保険者 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	番 号	番 号		
	(2) 被保険者名			名 称	
	(3) 生年月日	昭・平 年 月 日	(4) 事業所の所在地		
	(5) 被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日	被保険者との続柄
	(6) 傷病名			(7) 発病(負傷)年月日	昭・平・令 年 月 日
	(8) 発病(負傷)の原因			(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			(11) 移送に要した費用	領収書・明細書の原本を添付 円
	(12) 振込希望銀行(報酬振込口座)	銀行	支店	普通・当座 No.	口座名義人
	(13) うえのとおり申請します。  令和 年 月 日 〒 TEL ( ) 住所 被保険者のフリガナ 氏名 太陽生命健康保険組合理事長殿 印				
	(担 当 医 師 に 証 明 を ご 依 頼 明 く だ さ 欄 い)	(14) 傷病名			(15) 移送年月日
(16) 移送を受けた区間		から	まで	(17) 移送先	
(18) 移送期間		自 平・令 年 月 日	至 平・令 年 月 日	(19) 移送回数	回
(20) 移送を必要とする理由					
(21) 移送の方法(利用交通機関)					
(22) 付添が必要な場合はその理由				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。  令和 年 月 日 名称 医療機関の所在地 電話 担当医師名 印					

受付日付印