

被保険者

被扶養者

# 移送費支給申請書

赤字で記入している箇所を  
すべて記入してください。  
(不明な箇所があれば  
空白で結構です。)

※ 下記のとおり請求します。なお、給付金の受け取りについては事業主に委任します。(任意継続は除く)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇	被保険者 氏 名	健 保 太 郎		
	被保険者の 現住所・電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇区〇〇〇丁目〇-〇〇 TEL ( 〇〇〇 ) - 〇〇〇-〇〇〇〇				
	事業所の名称	近畿日本鉄道株式会社 〇〇〇 駅				
	発病または負傷の年月日	令和 1年 10月 10日 (負傷の場合は 10時頃)				
	発病または負傷の 原因とその経過	右太腿骨骨折				
	診療の期間	令和 1年10月10日 ~ 令和 1年10月10日まで 1日間				
	診療を受けた 医療機関	県立〇〇病院				
	移送回数	令和 1年10月10日	移送に要した費用	15,000 円		
	移送の方法・区 間および回数	1. タクシー 2. その他 ( )		△△△市民病院 から 県立〇〇病院 まで ( 経由 )		1 回
	移送を必要とする理由 <small>〔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その理由も併せて記入ください。〕</small>	緊急搬送された、△△△市民病院では十分な設備がなく手術ができないため、医師の指示により県立〇〇病院へ緊急に転院する必要があったため。				
傷病が第三者の行為による負傷のときは別に「第三者による傷病届」を添付すること。						
申請者が被扶養者 であるときはその 対象者の詳細	氏名		生年 月日	年 月 日生	続柄	
任意継続被保険者の方及び資格喪失者の方						
任意継続及び退職者 は振込を希望する金 融機関名と電話番号 と預金口座番号	金融機関名 (郵便局は除く)		支店名			
	口座名義人 (カタカナ)		普・当 口座番号			
	口座名義人電話番号	( )	振込み金融機関は、ゆうちょ銀行以外で お願いいたします。			

(注) ※この請求書には、①移送承認書 ②領収書(必要に応じて内訳書)を添付してください。

近畿日本鉄道健康保険組合理事長殿

本件決定支給してよろしいか	自	年	月	日	日分	¥	支給
常務理事	事務長	係	至	年			