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

被保険者証等記号と番号	○○ － ○○○○○	被保険者氏　名	健　保　　太　郎
被保険者の現住所・電話番号	〒　○○○－○○○○　○○市○○○区○○○丁目○－○○ ＴＥＬ　（　○○○）－　○○○－○○○○		
事業所の名称	近畿日本鉄道株式会社　○ ○ ○　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○○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○○病院　まで （　　経由）		１　回
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その理由も併せて記入ください。］	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○○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				
常務理事	事務長	係	自　年　月　日 至　年　月　日	日分　¥　　支給