被保険者
被扶養者

移　送　費　支　給　申　請　書

常務理事	事務長	係	伺年月日	№.		支　給　額
					右のとおり支給してよろしいか	円

被保険者記入	A・Bのどちらか一方を記入	A．保険証記号番号 —	※個人番号記入時の注意 ①被保険者証の記号番号を記入した場合は個人番号は記載不要です。 ②個人番号を記入した場合、申請書は申請者が直接健康保険組合の窓口に持参するか、書留郵便等で送付してください。なお申請書について番号確認および身元確認を行いますので、窓口に持参の場合は個人番号カードか、個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書（保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を２つ以上）をお持ちください。送付の場合は、上記書類の写しを同封してください。
		B．個人番号	

事業所名		所　属				
被保険者氏名		移送者氏名		続柄		
傷　病　名		傷病が発生した日 令和　年　月　日				
傷病の原因						
移送経路・方法						
移送日	令和　年　月　日	移送費用	円			

医療機関記入	傷　病　名	
	移送を必要とした理由	
	移送を指示した医療機関の証明	所　在　地 名　　称 医師等の氏名

(本欄は、京阪ホールディングス社員・京阪電気鉄道社員・任意継続被保険者は記載不要)

上記の支給は、事業所庶務担当者を経由して行われることに同意し、その受領を委任します。

令和　　年　　月　　日　　被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

任意継続被保険者のみ記入

振込先

＿＿＿＿＿＿＿＿銀行/信用金庫　＿＿＿＿＿＿＿＿支店

普通・当座　口座番号＿＿＿＿＿＿＿＿　名義人（カタカナ）＿＿＿＿＿＿＿＿

全員記入

領　収　書

上記のとおり領収しました。

令和　　年　　月　　日　受取人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿

健保受付印