

# 見本

## 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

常務理事	事務長	係	同年月日	No.	右のとおり支給 してよろしいか	支給額
						円

被 保 険 者 記 入	一方を記入 A・Bのどちらか	A. 保険証記号番号 <b>21 — 33</b>	※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、窓口を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。			
	事業所名	株式会社健保		所属	八幡支店	
	被保険者 氏名	健保 三郎		移送者 氏名	健保 三郎	続柄 本人
	傷病名	慢性腎不全急性増悪			傷病が発生した日 令和 2年 3月 10日	
	傷病の原因	慢性腎不全に対する医師の指導に従わない生活習慣を続けたためか、 背中に激痛が走り、急性増悪の状態に陥った。				
	移送経路・ 方法	タクシー				
	移送日	令和 2年 3月 31日		移送費用	30,000 円	

医 療 機 関 記 入	傷病名	慢性腎不全急性増悪			
	移送を必要 とした理由	かかりつけ医である当院では措置できず、慢性腎不全の主治医がいる 医療機関に移送した			
	移送を指示 した医療機 関の証明	所在地	〇〇市〇〇町1-2-3		
		名称	健保医院		
		医師等の氏名	健保 太郎		

(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** **あらかじめ氏名のみ記入をお願いいたします**

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 三郎**

記載不要

健保受付印

