受付	年 月 日
決定	年 月 日
承認 方法	
承認 回数	
承認 費用	
不承認	

常務理事	事務長	担当者

資格取得日	年 月 日
資格喪失日	年 月 日
支給年月日	年 月 日

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

令和 6 年 2 月 25 日

被保険者記号・番号	1011 － 2568	事業所名	○○○○ 株式会社
被保険者氏名	健保 太郎	事業所所在地	東京都 ○△区 ○□町2-2-3
傷病名	胃潰瘍、腹部動脈瘤	発病又は負傷年月日	6 年 2 月 15 日
発病の状態又は、傷病の原因	胃潰瘍の手術をして、経過良好のところ、腹部動脈瘤を併発	第三者行為によるものですか	はい・いいえ
診療又は手当を受けた医療機関名	○○病院	移送年月日	6 年 2 月 15 日
移送先	○○病院	移送の方法	寝台自動車
移送の区間	△△病院 から	移送回数及び距離	1 回 40 km
	○○病院 まで	移送に要した費用	35,000 円
申請又は届が被扶養者に関するとき	氏名 健保 花子	生年月日	昭・平・令 55 年 11 月 20 日
		被保険者との続柄	妻
振込希望の銀行	○○□ 銀行 ○○○ 支店	(普通・当座 999999)	

医師又は歯科医師の意見欄	傷病名	
	移送を必要とする理由	
	移送の方法区間及び回数	
	上記のとお	月 日
	医療機関 住所 名称 医師名 電話番号	

医師又は歯科医師に
記入してもらう欄

（注）領収書または証明書（交通機関の運賃等公定のものは実際に移送を行ったことを証するに足るもの）を添付すること。