支給額	¥　　円

支給支払決議書		
常務理事	事務長	担当
資格取得	年　月　日	
資格喪失	年　月　日	

健康保険　　被保険者 被扶養者

移送費支給申請書

被保険者が記入するところ							
被保険者の記号・番号	—	被保険者の氏名	印				
被保険者の現住所	〒						
被保険者の勤務する事業所名							
傷病名		発症または負傷の年月日	年　月　日				
発症又は負傷の原因を詳しく							
被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名		生年月日	年　月　日	続柄		
第三者行為によるものか	は い　・　い い え						
診療を受けた医療機関の	名称	医師の氏名					
	所在地						
移送区間	から						
移送年月日		利用交通機関					
移送に要した費用	円	回数		距離			

支払金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店	
	口座番号 普通・当座	口座名義	(フリガナ)

(備　考)

1.この申請書は、被保険者及び被扶養者についての移送の承認があった場合その費用の支給を受けるために申請するものです。

2.移送に要した費用の領収書(原本)を必ず添付してください。

受付日付印