

被保険者
家族 移送費 支給申請書

1

2

ページ

被保険者記入用

移

加入者が移送のための費用を支払い、払い戻しを受ける場合にご使用ください。

なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者 記号・番号					
	氏名・印	(フリガナ)				
住所	(〒	—	)	都	道	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	府	県	

振込先 指定口座	金融機関 名称	(銀行) (金庫) (信組) (本店) (支店)				
	預金種別	☐ 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。		
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)				

※移送費申請については、申請の前に当健康保険組合まで
必ずお問い合わせください(080-7407-1584)

「申請者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

日清食品グループ健康保険組合

被保険者氏名

申請内容

移送を受けた方

☐

1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

家族の場合はその方の

氏名

生年月日

- ☐ 昭和
☐ 平成
☐ 令和

年

月

日

傷病名

発病又は負傷年月日
(療養開始日)

- ☐ 平成
☐ 令和

年

月

日

発病の原因
および経過
(詳しく)

☐

1. 病気

(原因および経過)

2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

第三者の行為によるものですか

- ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合は「第三者行為による
傷病届」を提出してください。

診療等の支給又は手当
を受けた病院あるいは
診療所(病院)の

名称

診療を担当した
医師等の氏名

所在地

移送経路

(フリガナ)

(フリガナ)

から

まで

移送経路、
移送方法、
移送期間
および費用の
請求

移送後

☐

0. 入院
1. 入院外

移送先

移送期間
(支給期間)

- ☐ 平成
☐ 令和

年

月

日から

- ☐ 平成
☐ 令和

年

月

日まで

日間

移送回数

回

移送に要した
費用の額

円

距離

km

利用交通機関

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、人数とその必要な理由を併記してください。

付添人の有無

- ☐ 有

→

付添人の
氏 名

付添人の
住 所

- ☐ 無