被保険者
家族

移送費支給申請書

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

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

振込先指定口座

金融機関 名称	○銀行 ○金庫 ○信組 ○農協 ○漁協 ○その他（ ）		○本店 ○支店 ○代理店 ○出張所 ○本店営業部 ○本所 ○支所
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。）▶

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

日清食品グループ健康保険組合

被保険者
家族

移送費支給申請書

被保険者記入用

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、移送方法、移送期間および費用の請求	移送経路	(フリガナ) から	(フリガナ) まで	
	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