

※支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	常務理事	事務局長	課長	主任	係	※組合使用欄	
支給決定並支出同	支給(出)金額	円			自平成	年	月	日				
	支給決定日	平成	年	月	日	至平成	年	月	日			
	支給年月日	平成	年	月	日	日間						
備考欄										海外表示		
										0 国内 1 海外		

## 健康保険 被保険者(家)族 移送費支給申請書

●被保険者(申請者)の方は太枠欄に記入してください。また記入上の注意事項をよくお読みください。

被 保 險 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号	被保険者(申請者)氏名・印	事業所の名称				
	2312	1000	健康太郎 (健康印)	〇〇病院			
	被保険者の生年月日	被保険者(申請者)の住所・電話等					
	生年 月日	昭和 00年 0月 0日生	〒231-0000 横浜市中区尾上町〇〇-〇〇 TEL.(045)000-0000				
	移送が被扶養者に関する時はその者の	氏名	健康花子	生年 月日	昭和 00年 00月 0日生	被保険者との続柄	妻
	傷病名	心筋梗塞	発病または負傷の原因 及其経過	発病又は負傷年月日(療養開始日)平成24年 1月 1日	第三者の行為によるものですか	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	
	診療を受けた病院等	名称	××病院	診療した医師氏名	田中三郎		
	移送の経路	国道〇号線から県道〇号線。目的地まで最短の経路を利用。					
	移送年月日	平成 24年 1月 5日	移送の方法 (利用交通機関)	民間の患者輸送サービス車			
	付添人の氏名	山田一郎	移送に要した費用	30,000 円			
付添人の住所	神奈川県〇〇市〇〇						
移送を必要とする理由	〇〇診療所にて手術設備がなく、緊急手術を要するため、××病院に移送した。						

■給付金の受領方を他人に委任する時は、下記の受取代理人の欄に必要事項を記入してください。

受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	
	被保険者(申請者)の氏名及び印	代理人の住所氏名・印電話等
	(印)	(印)

■委任しない場合は、上記の受取代理人欄には何も記入しないでください。

振込先金融機関	金融機関番号	1 2 3 4	本支店番号	5 6 7	預金種別	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	健康	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合	関内	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ 預金口座 名義人	ケンコウ タロウ  健康太郎

振込先金融機関の欄には必ずご記入ください。

受付日付印

上記の内容について相違ありません。 平成 24年 5月 1日提出

神奈川県医療従事者健康保険組合 理事長 殿