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

健康保険被保険者証の記号・番号	(記号) 1	(番号) 12345	事業所名	㈱ＮＳＤ
被保険者の氏名（申請者）	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎		住所	〒 163 － 0716 東京都練馬区練馬2-7-1
			連絡先	（ 090 ） 1234 － 5678
移送を受けた者の氏名・生年月日・続柄	(氏名) 健保　太郎	(生年月日) 平成1 年 2 月 3 日	(被保険者との続柄) 本人	
傷病名	○○○○○○	発病・負傷の年月日	2019 年 4 月 1 日	
発病・負傷の原因	不詳	発病・負傷は第三者行為によるものですか	はい・いいえ	
最初に療養・手当を受けた医療機関	所在地	東京都練馬区練馬1-2-3		
	名称	×××××病院	医師名	日本　一郎
移送を受けた期間	2019 年 4 月 2 日 ～ 2019 年 4 月 2 日		移送回数	1 回
移送を受けた区間	東京都練馬区 ～ 東京都千代田区		移送距離	12.5 km
利用交通機関	救急車	移送費用	34,567 円	
移送先医療機関	○○○○病院	移送後	入院・入院外	
振込を希望する金融機関 ※被保険者又は受領を委任した代理人の口座に限ります	事業所届け出済み口座（経費口座）へ振込希望の場合は☑をしてください。⇒ 別の口座へ振り込み希望の場合のみ、以下記入してください。			☑
	金融機関名称	(フリガナ) 銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店
	普通預金	口座番号		
	口座名義	(フリガナ)		
代理人に受領を委任する時は記入して下さい	この給付金の受領を 住所 氏名 に委任します。 被保険者氏名			
被保険者のマイナンバー	※被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です。			

※経費口座へ振込希望の場合は、記入不要

◎傷病の原因が外傷（骨折等）の場合は、下記負傷届も記入して下さい。

負傷届	負傷の発生状況	いつ　年　月　日　午前・午後　時　分
		どこで（場所）
		何の目的で
		何をしているときに
		どうなった

※被保険者欄記入の上、病院で医師の意見書を記入いただき提出して下さい。

受付年月日