受付印

健保記入欄		
方法		
区間	～	
支給金額	円	

支給決定伺		
令和　年　月　日決定		
常務理事	事務長	担当者

被保険者 被扶養者 移送費申請書

◎標題の該当しない部分を横線で消してください。
◎申請書・添付書類の裏紙印刷は不可。消せるボールペンでの記入は不可。書き直してください。

申請者が記入するところ				
被保険者等記号・番号		被保険者の氏名	自署の場合は捺印省略可 ㊞	
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入 ⇒			ー　ー	
対象者氏名		続柄	対象者の生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
傷病名		発病または負傷の年月日	令和　年　月　日	
発病または負傷の原因	※負傷の原因が第三者による場合は届が必要です			
緊急、その他やむを得ない理由				
移送年月日	令和　年　月　日	移送に要した費用の額	円	
付添人の有無および住所	有 無	【有の場合】 氏名： 〒　ー	(注)付添人については下記参照	

上記に関する請求金の受領を　　に委任します。

令和　年　月　日

被保険者　住所
氏名
電話　(　　)

移送元の医師・歯科医師の意見			
傷病名		移送年月日	令和　年　月　日
移送を必要と認めた理由			
付添を必要と認めた理由			
移送経路			
移送方法			
移送先の医療機関名			
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和　年　月　日 医療機関　所在地 名称 医師名			

キリンビール健康保険組合御中

【添付書類】　支払金額の分かる領収書または証明書(原本)　※公共交通機関利用の場合は不要です。
(注)付添人とは、医学管理上必要であると認められた医師や看護師のことです。

備考欄	

調査印

◇代筆された場合は印欄に捺印してください。訂正した箇所には訂正印を押印してください。

2025.4