



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 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記入した場合は書き直しをしていただきます。

申請者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	被保険者の氏名		自署の場合は捺印省略可 Ⓜ		
	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		平成 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:			(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 委任します。						
令和 年 月 日 住所 被保険者氏名 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 所在地 医療機関 名称 保険医氏名 _____					

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事です。

備考欄	
-----	--

調査印

- ◇被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
- ・亡くなった方に関する申請は、マイナンバーではなく、被保険者証の記号番号で申請してください。
- ◇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。