記入例

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

該当しない部分を消してください

~~被保険者~~ 被扶養者　移送費申請書

被保険者自署の場合は捺印省略可

◎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	10000 / 1234567	被保険者の氏名	キリン　太郎		捺印省略可 健保 印
↑ 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記					
対象者氏名	キリン　花子	続柄	妻	対象者の生年月日	~~昭和~~ 平成 ~~令和~~ 2 年 7 月 16 日
傷病名	特発性〇〇型〇〇症	発病または負傷の年月日	令和 7 年 4 月 12 日		
発病または負傷の原因	※詳しくご記入ください	※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	※詳しくご記入ください				
移送年月日	令和 7 年 5 月 17 日	移送に要した費用の額	54,500 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

マイナンバーの記入については各事業所人事総務担当の案内に従ってください。

上記に関する請求金の受領を　事業主記載欄　に委任します。

令和 7 年 6 月 20 日

被保険者　住所　神奈川県横浜市横浜 10-10-10
氏名　キリン　太郎
電話　045(678)9123

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			

医師・歯科医師　証明欄

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

領収明細を求めることがあります

【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	

◇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。

調査印
南

事業所担当者印

2025.4