

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

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 | 10000 1234567 | 被保険者の氏名 | 西 勝之介 | | |
| | 対象者氏名 | 西 さくらこ | 続柄 | 妻 | 対象者の生年月日 | 昭和 平成 令和 34年 7月 8日 |
| | 傷病名 | くも膜下出血 | 発病または負傷の年月日 | 平成 令和 3年 5月 5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 3年 5月 10日 | 移送に要した費用の額 | 8,500 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 | | |

上記に関する請求金の受領を 令和 3年 5月 25日 事業主記載欄 に委任します。

被保険者 住所 大阪市西東区南堀 10-15-10
氏名 西 勝之介

| | | | | |
|---|-------------|-------------|-------|----------|
| 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 | 医師・歯科医師 証明欄 | | |
| | 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 | | | | |

領収明細を求めることがあります

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 | 事業所担当者印 | 調査印 |
| | | 南 |

◇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。