



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

被扶養者

◎被保険者の捺印(二か所)の印もれのないように、かつはつきりと押してください。
◎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		⑩	
	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 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名					⑩に委任します。 ⑩	
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 ⑩					

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	
-----	--

◇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。)

調査印