

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

捺印忘れずに

◎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	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	1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	1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 <input checked="" type="radio"/> 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 1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							
	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	

捺印忘れずに

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	
-----	--

調査印

南

事業所担当者印

◇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。)