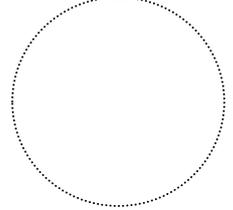


健康保険 移送費 支給申請書

受付年月日



被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号・番号		生 年 月 日		所 属		
	—		昭和 平成 年 月 日				
	被保険者 (請求者) の氏名	フリガナ		被保険者 (請求者) の住所	〒 電話		
	移送を受けた方	氏 名		生 年 月 日		被保険者との続柄	
				昭和・平成・令和 年 月 日			
	傷 病 名				発病または負傷 年 月 日	平成・令和 年 月 日	
	発病または負傷の 原因					第三者行為によるものですか	
						はい・いいえ	
	「はい」の場合は、「 <u>第三者の行為による傷病届</u> 」を提出下さい						
	移送経路						
	移送方法						
	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	・有 (氏名) ・無					
	付添人住所						
被 保 険 者 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄							
金融機関名	店 名 (店 番)		預金種別	口座番号			
池田泉州銀行	()		普 通				

申請上の注意

・「医師の意見書」および「領収書」の原本を添付ください

受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。						
	令和 年 月 日						
	被保険者 (申請者)	住所					
		氏名					
	代理人	住所		委任者と代理人 との関係			
	氏名		()				
	電 話						
受 取 代 理 人 に 対 す る 支 払 金 融 機 関 の 欄							
金融機関名	店 名	預金種別	口座番号	口 座 名 義			
				フリガナ			