年　　月　　日

りそな健康保険組合　御中

# 健康保険　被保険者 被扶養者　移送費支給申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 記号 | | （フリガナ） | |
| | 番号 | | 被保険者名（自署） | |
| 被保険者の現住所 | | | | |
| 事業所の名称 | | | 銀行（又は会社名）（℡　　）<br>支店（部）　　内線 | |
| 事後申請となった場合の理由（注） | | | | |
| 被扶養者移送である場合はその者の | 氏名 | | 続柄 | |
| | 生年月日 | 年　　月　　日生 | | |
| 医師の意見 | 傷病名 | | 発病または負傷の日 | 年　　月　　日 |
| | 発病の経緯と経過 | | | |
| | 移送方法 | | | |
| | 移送区間 | ～ | | |
| | 移送日・回数 | 年　　月　　日　　回 | | |
| | 移送を必要とする理由 | | | |
| | 医師の住所と氏名 | | | |
| 備考欄 | | | | |

○医師・助産婦・医療機関が作成・記入した箇所を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。

- **本件については、原則として事前申請が必要です。**
- 移送料領収書（原本）を添付してください。
- 被保険者の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
  （個人番号を記載した場合は、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。）

【健保使用欄】

| 常務理事 | 検印 | 係 |
|---|---|---|
| | | |

| | |
|---|---|
| 支給決定日 | |
| 支給決定額 | 円 |