

りそな健康保険組合 御中

健康保険 被保険者 移送費支給申請書
被扶養者

被保険者証	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) (Tel) 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。
- 被保険者証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