

**健康保険組合**

被保険者  
家族

**移送費等支給請求書**

被保険者番号		※被保険者（請求者）氏名 (フリガナ)		住 所 〒  昼間連絡先 TEL ( ) -						
移送を受けた者の氏名		(フリガナ)		被保険者との続柄			01:本人 11:夫 12:妻 21:長男 22:次男 23:三男 31:長女 32:次女 33:三女 51:父 52:母 その他 ( )			
移送を受けた者の生年月日		年 月 日生								
傷 病 名				発病または負傷の原因						
発病又は負傷年月日		年 月 日								
移 送 年 月 日		年 月 日								
移送の経路及び方法		経 路		移送に要した費用 (付添い人に係わる費用含む)			円			
		方 法								
移送に関し、医師・看護師等の付添いがあった場合		付添人氏名		第三者の行為（交通事故等）による ものですか			1. いいえ 2. はい			
		付添人住所								
診療を受けた病院等	所在地 (海外の場合は国名)	都道府県								
	名 称									

添 付 資 料	<input type="checkbox"/> 移送に要した費用の領収書及び内訳書「原本」
	<input type="checkbox"/> 移送が必要である旨の、医師の意見書「原本」