

被保険者・被扶養者 移送費支給申請書

※ この申請書は別紙「医師の移送に関する意見書」と2枚1組です。
 ※ この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)全てを添付してください。

① 保険証の 記号・番号	—	② 被保険者 の氏名 (生年月日)	昭和・平成 年 月 日生	③ 印
④ 被保険者の 住所等	〒 TEL ()			
⑤ 事業所名称			⑥ 部署名	
⑦ 被扶養者に 関する申請 の場 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生	続柄
⑧ 傷病名			⑨ 発病又は 負傷の日	平成 年 月 日
⑩ 発病又は 負傷の 原因			⑪ 傷病の経過	
⑫ 第三者行為 による負傷 であるとき	その事実と 届出の有無		加害者氏名	
			加害者住所	
⑬ 診療を受け た病院等	名称	医師の氏名		
	所在地			
⑭ 移送期間	自平成 年 月 日 至平成 年 月 日	⑮ 移送 経路		
⑯ 移送方法			⑰ 移送に要し た費用の額	円
⑱ 付添人が いる場合	氏名	住所		
⑲ 払渡希望銀行 (被保険者名義に限る)	銀行		普通・当座 支店 ()	

委 任 状	私は 平成 年 月 日 請求した被保険者・被扶養者療養費のうち、金 円也 の受領に関すること。 平成 年 月 日 被保険者の 住所 氏名 印 代理人の 住所 氏名 印			
	払渡希望銀行	銀行	普通・当座 支店 ()	

捨印欄 字抹消
字挿入
印 ← ③欄で使用した印を押印してください。

提出先 各事業所(会社)の人事担当部署経由で公文健康保険組合に提出してください。
 任意継続保険に加入の方は、直接、公文健康保険組合に提出してください。

被保険者の方へ

※ 移送に関する担当医の意見を必ずもらってください。

※ 別紙「移送費支給申請書」と2枚1組になります。

医師の移送に関する意見書				
移送を受ける者の氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生	
傷病名				
移送を必要とする理由 (症状等具体的に記入)				
移送先の病院名等	病院名		所在地	
移送期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		移送回数	回
移送の経路				
移送の方法				
付添を必要と認めた理由				
上記のとおり移送の必要を認めます。				
平成 年 月 日				
住所				
医師の 氏名				
TEL				
印				