

記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認

給決定額 円 (健保組合使用欄)

移送費
家族移送費 請求書

記号 — 番号	事業所名		被保険者名							
1 — 1234 ※1	〇〇株式会社		健保 太郎							
申請者が被扶養者のときはその者の氏名	健保 花子	被扶養者の生年月日	H3.8.9	続柄	妻					
傷病名	急性骨髄性白血病	発病又は負傷の年月日	令和 3年 12月 1日							
発病又は負傷の原因及び経過	数年前から闘病しているが、病気の原因は不明									
移送の日時	(自) 令 5年 11月 12日	(至) 令 5年 11月 12日	該当項目に1つ <input checked="" type="checkbox"/> をいれる							
移送方法	<input checked="" type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 貸切寝台車 <input type="checkbox"/> その他()									
やむを得ない事情により移送を受けることになった理由(詳しく)	旅行先の離島での事故で、島の診療施設では十分な診療を受けられず、医師の指示で緊急に転院したため									
移送に要した額	10,000 円									
移送の区間及び回数	区間	〇〇島 ~ 〇〇県〇〇市								
	回数	1回								
(振込先金融機関名)	支店名	普通・当座	(口座番号)							
ふりがな 伊予 銀行 金庫 農協	ふりがな 三島 支店	普通	1	2	3	4	5	6	7	被保険者の口座 ふりがな けんぼ 太郎
上記により請求いたします。 被保険者 住所 〒 123-4567 愛媛県四国中央市三島朝日2-12-45 電話 (080) 1234 - 5678 氏名 健保 太郎										
(委任の場合) を代理人として上記金額の受取方を委任します。										

※1 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。

※2 この申請をする場合は、承認申請書及び領収書を必ず添付すること。