

提出先	健保組合			受付担当
添付書類等	■ 移送に要した費用の領収書 (原本)			

(健保組合使用欄)

前回	自 令和 年 月 日	標準報酬	千円
	至 令和 年 月 日	月額	

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 ○○年 △△月 □□日

被保険者 家族 移送費支給申請書


下記のとおり申請いたします。 (その1)

<p>注意事項</p> <p>※ ※ ※ 傷病が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。</p>	<p>被保険者が記入する欄</p>	被保険者等 記号・番号	5 9 × × - × × × × ×				事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社 ○○センター						
		被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎				生年月日	昭和 平成 令和	6 0 年 1 2 月 3 0 日					
		被保険者住所	〒 ○○○-○○○○ 福岡県福岡市博多区博多駅前○丁目○番○号											
		傷病名	胃潰瘍・腹部動脈瘤				発病または 負傷年月日	令和 ○○年 △△月 □□日						
		発病の状態または 負傷の原因	胃潰瘍の手術後、経過良好のところ、腹部動脈瘤を併発				第三者行為に よるものですか	はい・いいえ						
		診療または手当を 受けた医療機関の	名称	○△□病院				医師の氏名 病院 和夫						
			所在地	福岡県福岡市博多区○○町○丁目△△番□□号										
		移送先	○○病院				令和○○年△△月□□日	移送の 方法	寝台自動車					
		移送の経路 (区間)	○△□病院 から				移送回数	距離	移送に要した費用					
			○○病院 まで				1 回	○○ km	35,000 円					
		被扶養者が移送を 受けたときはその者の	氏名	健保 花子				生年月日	昭和 平成 令和	○年△△月□□日				
		振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名				支店名				普通預金口座番号			
			○○銀行				△□支店				1	2	3	4

※給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振り込みを希望される)場合に記入してください。

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。										
	令和 年 月 日										
	被保険者	住所									
		氏名									
	受取代理人	住所									
フリガナ											
氏名											
委任者と代理人との関係											
振込希望口座		金融機関名	銀行								
		支店名	本店 支店								
		普通預金 口座番号									
		フリガナ									
		口座名義									

受付日付印

医師または歯科医師の意見	傷病名	
	移送を必要とする理由 〔症状、その他〕 具体的に記入してください	医師が記入します
	移送の方法 区間・回数	
	上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 住所 _____ 名称 _____ 医療機関 医師名 歯科医師名 _____  電話番号 _____	