

提出先	健保組合
添付書類等	■ 移送に要した費用の領収書（原本）

		受付担当

(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)

注意事項


※ 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。
 ※ 医師の証明を完備のうえ提出してください。
 ※ 印刷は、申請書（その1）（その2）を片面印刷でそれぞれに配信すること

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	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				
	被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	被保険者住所	〒						
	傷病名			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			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					医師の氏名	
		所在地						
	移送先			令和 年 月 日	移送の 方法			
	移送の経路 (区間)	から			移送回数	距離	移送に要した費用	
		まで			回	km	円	
	被扶養者が移送を 受けたときはその者の	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	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		本店 支店						

※ 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。			振 込 希 望 口 座	金融 機関名	銀行
	被保険者	住所			支店名	本店 支店
		氏名			普通預金 口座番号	
	受取代理人	住所			フリガナ	
		氏名			口座名義	
委任者と代理人との関係						

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	
	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 _____	