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 至 令和　年　月　日	標準報酬月額	千円

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

※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
※医師の証明を完備のうえ提出してください。
※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。

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	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だ医療機関の	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 まで	移送回数 回	距離 ㎞
			移送に要した費用 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。
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

<table>
<tr><td rowspan="4">医師または歯科医師の意見</td><td>傷病名</td><td></td></tr>
<tr><td>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］</td><td></td></tr>
<tr><td>移送の方法
区間・回数</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">上記のとおり移送の必要を認めます。
令和　　年　　月　　日
医療機関
住 所
名 称
医 師 名
歯科医師名
電話番号</td></tr>
</table>