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　〇〇年　△△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 〇〇センター	
被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ケンポ　タロウ 健保　太郎		生年月日	昭和 平成 令和　６０年　１２月　３０日	
被保険者住所	〒 〇〇〇−〇〇〇〇 福岡県福岡市博多区博多駅前〇丁目〇番〇号				
傷病名	胃潰瘍・腹部動脈瘤		発病または負傷年月日	令和　〇〇年　△△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	〇△□病院	医師の氏名	病院　和夫	
	所在地	福岡県福岡市博多区〇〇町〇丁目△△番□□号			
移送先	〇〇病院	令和〇〇年△□月□〇日	移送の方法	寝台自動車	
移送の経路（区間）	〇△□病院　から 〇〇病院　まで		移送回数	1　回	距離 〇〇 km　移送に要した費用 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 平 令　〇年△△月□□日	被保険者との続柄 妻
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		
	〇〇銀行	△□支店	1	2	3 4 5 6 7

※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

医療機関

住　所

名　称

医　師　名
歯科医師名

電話番号