

常務理事	事務長	課長	係長	係
決定伺			支給金額	
令和 年 月 日			¥	

健康保険 被保険者 移送費支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者記号番号	-			事業所 の名称				
	被保険者	氏名							
		生年月日	年	月		日			
	被扶養者が移送 を受けた場合	氏名				被保険者との続柄			
		生年月日	年	月	日	取得日(認定日)	喪失日(削除日)		
	傷病名				発病または負傷の年月日	年	月	日	
	発病または負傷の原因								
	傷病が第三者行為である時は その第三者及び連絡先								
	移送年月日	年	月	日	移送に要した金額	円			
	移送経路 及び方法								
付添人の氏名、住所 支払った金額 (費用を支払った場合)						円			
						円			
医 師 が 記 入 す る と こ ろ	傷病名				移送経 路 及び 方法				
	入院していた期間が ある場合はその期間	年	月	日		から	年	月	日
	移送を必要と認めた理由 (付添人を付けた場合は その付添を必要と認めた理由)								
	上記のとおり証明いたします。								
	令和	年	月	日	医師	住所	氏名		
上記のとおり申請いたします。									
	令和	年	月	日	被保険者	住所	氏名		
上記の申請について誤りのないことを証明します。									
					事業所名				
					事業主名				
新潟県農業団体健康保険組合理事長 様									

<この申請書に添えなければならない書類>

- ・移送に要した費用の領収書
- ・付添人に費用を支払った場合、その領収書