≪給付関係≫

様式第9号

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

令和　　年　　月　　日

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号				被保険者の氏名	生年月日
記号		番号		(フリガナ)	昭和 平成　年　月　日

被保険者の住所	〒　－　　電話番号　－　－
事業所の名称	

申請が被扶養者に関するときは、その方の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	被保険者からみた続柄	

傷病名	
発病または負傷の原因	

発病又は負傷の年月日	令和　年　月　日	移送年月日	令和　年　月　日
移送区間	から　まで		
移送に要した費用額（領収書添付）	円	移送後入院外	入院　・　入院外

付添人の氏名及び住所（付添人がいる場合）	氏名	
	住所	

支払金融機関	金融機関名	支店名または店名	口座種別	口座番号	口座名義人（カタカナ）
			普通・当座		

(R6.12)

※ 付添人とは医師や看護師のことで、家族が付添っても付添人とはなりません。

※ 領収書（原本）・移送経路等が記載された明細書（原本）を添付してください。

受付日付印

医療機関が記入

移送に関する医師の意見書

移送を受けた方の氏名	
傷病名及びその原因	
発病又は負傷年月日	令和　　年　　月　　日

移送年月日	令和　　年　　月　　日
移送方法	
移送経路	

移送を必要と認めた理由

付添人(医師・看護師)を必要と認めた理由

上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

所 在 地

医　師　名　　電話番号　　－　　－