

被保険者 移送費支給申請書
被扶養者

シーケンスNo.	支給額
	円

決裁伺	令和	
常務理事	事務長	係

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	提出 年月日	令和 年 月 日		
被保険者の氏名			事業所名			
被保険者の現住所	郵便番号: -		電話番号: -			
被扶養者が移送を受 けた時はその方の	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	被保険者 との続柄	
傷 病 名		療 養 開 始 日	令和 年 月 日	第三者 行為に よるも のですか	1. はい 2. いいえ	
発病又は負傷の原因						
診療等の支給又は 手当を受けた病院の	名 称			診療担当の 医師等氏名		
	所在地					
移送を受けた区間	から		まで		移送後	1. 入院 2. 入院外
					移送先	病院
移送期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		移送回数	回		
移送に要した 費用の額	円	距 離	km	利 用 交通機関		
支 払 金 融 機 関						
金融機関名	店 名	預金種別	口座番号		口座名義人	
		1. 普通 2. 当座 3. その他			(フリガナ)	

添付書類 : 移送に要した費用の領収書

北 洋 銀 行 健 康 保 険 組 合

受付日