健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

① 被保険者等記号・番号				② 事業所名			
③ 被保険者の氏名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）			④ 被保険者の生年月日	昭和 平成 年 月 日		
⑤ 移送を受けた者の	氏名			⑥ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	続柄	
⑦ 傷病名				⑧ 第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ		
⑨ 発病・負傷の年月日	令和 年 月 日			午前 午後 時 分 頃			
⑩ 発病・負傷の原因及び移送を受けるまでの経過							
⑪ 移送後の医療機関の	所在地						
	名称						
⑫ 移送を受けた区間	（1）					から へ	
	（2）					から へ	
⑬ 利用交通機関							
⑭ 移送を受けた期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日						
⑮ 移送に要した費用の額	￥						

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者の 〒 ― 住所

氏名

近畿電子産業健康保険組合 殿

TEL （ ） ―

委任状

上記保険給付金の受領を所属事業所担当者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ に委任します。

令和 年 月 日

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

移送または骨髄等搬送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

<table>
<tr><td>被保険者証等
記号・番号</td><td></td><td colspan="2">被保険者氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>患者の
氏名・性別</td><td></td><td>男
女</td><td>生年
月日</td><td>昭和
平成
令和</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>移送または
骨髄等搬送を
必要と認めた
理由
（症状、その他具体的に記入してください。）</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>入院した
医療機関の
所在地・名称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>移送または
骨髄等搬送の
経路及び方法</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="7">上記のとおり相違ありません。

令和　年　月　日

医療機関　所在地
名称

医師又は歯科医師の　氏名

電話</td></tr>
</table>