

健康保険被扶養者移送費支給申請書

① 被保険者証の記号・番号		② 事業所名	
③ 被保険者の氏名	(フリガナ)	④ 被保険者の生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日
⑤ 移送を受けた者の氏名	氏名	⑥ 生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 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名称	所在地		
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	¥		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者の 住所 〒 —</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p>近畿電子産業健康保険組合 殿 TEL () —</p>			

<p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">委任状</p> <p style="margin: 5px 0;">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。</p> <p style="margin: 5px 0;">令和 年 月 日</p> <p style="margin: 0 0 0 100px;">被保険者氏名</p>

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

被保険者証の 記号・番号		被保険者氏名			
患者の 氏名・性別		男 女	生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日
傷病名					
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。〕					
入院した 医療機関の 所在地・名称					
移送または 骨髄等搬送の 経路及び方法					
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関 所在地</p> <p>名称</p> <p>医師又は歯科医師の 氏名</p> <p>電話</p>					