

給付支給決定並びに支出伺							同年月日
常務理事	事務長	担当者	円				決裁年月日
支給額							

被保険者・家族 移送費支給申請書

ナブテスコグループ健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

記号	12	社員コード	9876543	被保険者名	健保 太郎
番号	3456				
現住所	〒 651-2271 神戸市西区高塚台 7丁目3-3 TEL 078-123-4567				
移送を受けた者	氏名	健保 太郎 (続柄) 本人	生年月日	昭和・平成・令和 49年 8月 25日	
傷病名	くも膜下出血		発病又は負傷年月日	令和 1年 10月 25日	
発病又は負傷の原因	緊急手術を受けることになったが、入院先の〇〇病院には設備がないため、△△病院に移送した				
移送年月日	令和 1年 10月 25日 ～ 月 日	移送経路	〇〇病院～△△病院		
移送に要した費用	100,000円	移送方法 交通機関	ヘリコプター		
付添人	有・無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 健保 花子) <input type="checkbox"/> 無			
	住所	〒 651-2271 神戸市西区高塚台 7丁目3-3			

医師・歯科医師の意見書	移送を必要と認めた理由				
	付添を必要と認めた理由				
	移送年月日	令和 年 月 日	移送方法		
	移送経路				
	移送先	医療機関所在地			
		医療機関名称			
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 医療機関名称 TEL 医師名					

この欄の各項目について、担当医等に記入を依頼してください

※ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。
 ※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入 (個人番号確認、本人確認書類を添付のこと)
----	---

委任状	委任事項	この給付の (住所) 受領方を 令和 年 月 日 (氏名) 印 に委任する (被保険者) 印
	エラ	銀行 支店 当座・普通 番号

——受付日付印——

(添付書類) ・領収書(原本)および明細書を添付ください。