

受付番号		決定証印					支払日
支給決定日		常務理事	事務長	MGR	MGR	係	
支給額							

被 保 険 者
被 扶 養 者 **移 送 費 申 請 書**

保険証の記号番号			事業所の名称	Tel		
移送を受けた者の氏名		生年月日	年月日	被保険者との続柄		
傷病名		発病又は負傷の年月日		年月日		
発病又は負傷の原因						
移送の経路及び方法				移送に要した費用	円	
付添人の氏名及び住所	氏名		住所			
第三者の行為によって負傷したものであるか否か	ある	第三者の行為によって負傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない		
	ない		加害者の氏名と住所			
医師の意見欄	移送費を必要と認めた理由					
	付添を必要と認めた理由					
	入院した病院又は診療所の名称					
	入院した期間		年月日		～ 年月日 日間	
	移送の経路及び方法					
上記のとおり相違ありません。						
令和 年 月 日						
医師の住所						
氏名 (印)						
振込銀行名 (名義人は被保険者のものを記入のこと)			普通・当座 No.			
	銀行	支店	フリガナ 口座名義			
上記のとおり請求します。						
令和 年 月 日						
被保険者 住所 〒						
氏名						
連絡先 Tel: _____						
ジェイティービー健康保険組合理事長殿						

(注) 移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。

2022.01