

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

(※) 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。

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・ない	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
			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 (被保険者名義のものを記入)	普通・当座 No. フリガナ 口座名義 銀行 支店			
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				

【支給決定について】

2025.03

◎審査の結果、支給となった場合、健保支払月の翌月 10 日に KOSMO Communication Web へ「給付金支給決定通知書」を通知いたしますので、Web よりご確認ください。