

被 保 険 者 族
家 族

移送費承認・支給申請書

生長会健康保険組合

本人確認欄（本人確認のため にチェック願います）
 申請者本人（被保険者）が作成したものである。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等記号番号 (記号) (番号)		被保険者の氏名				被保険者の生年月日 昭和・平成 年 月 日				
	被扶養者が移送を受けるものであるとき	氏名	続柄			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	移送年月日	令和	年	月	日	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日	
	発病または負傷の原因						第三者行為によるものですか	はい・いいえ			
	移送を必要とする期間	自	令和	年	月	日	回数	回	利用交通機関		
		至	令和	年	月	日			・タクシー ・飛行機 ・その他()		
	移送後の入通院区分	入院・通院					移送する前に申請することができなかったときはその理由				
	移送に要した費用	円									
	移送先の医療機関	名称									
		所在地									
振込口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映は登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。										
	金融機関名 (フリガナ)	支店名 (フリガナ)	預金種別	口座番号	口座名義(カタカナ)						
			普通当座 その他()								

受 領 委 任 欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。									
	令和 年 月 日	被保険者(請求者)氏名				代理人の氏名				
	※代理人の住所・電話番号									
	〒	-			TEL ()					

医 師 ま た は 歯 科 医 師 記 入 欄	傷病名					移送を必要とした事由					
	移送の方法 区間および回数										
	上記のとおり移送の必要を認めます。										
	令和 年 月 日	医療機関所在地				電話					
	医療機関 名称				医療機関 医師氏名						

※ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者等記号番号を記入した場合は不要です)	<input type="text"/>										
---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

受付日付印