支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定年月日	年　月　日
				資格照合	取得　年　月　日 喪失　年　月　日
	備考			支給決定額	円

日鉄物産健康保険組合理事長　殿

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

年　月　日

被保険者が記入する欄							
被保険者の記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者の氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 印			
事業所の名称							
被保険者の住所	〒　－　　電話（　　）　－						
移送を受けた者の氏名等	氏名		生年月日	年　月　日	被保険者との続柄		
傷病名			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			負傷は第三者の行為によるものですか	1．はい 2．いいえ			
診療または手当を受けた医療機関の名称等	名称		医師の氏名				
	所在地						
移送の経路・方法および移送に要した費用	区間	から	まで	移送先	病院		
	期間	年　月　日から　年　月　日まで		移送回数	回		
	距離	km	交通手段		費用	円	
付添人があるときは付添人の	氏名		資格	医師・看護師			

医師が意見を記入する欄						
傷病名						
移送（付添）を必要と認めた理由						
移送の経路・方法および費用の見積額	区間		移送先	病院		
			移送後	入院・入院外		
	期間	年　月　日から　年　月　日まで		移送回数	回	
	距離	km	交通手段		費用	円

上記のとおり相違ありません。

年　月　日

医師の住所

氏名　　印

（注）1．移送に要した費用に関する領収書または証明書を必ず添付してください。
2．医師の意見は、必要事項を記載した医師の意見書の添付でも差し支えありません。

受付印