

健康保険（本人・家族）移送費支給申請書

令和 年 月 日 請求

被保険者記入欄

①被保険者証の記号・番号	②被保険者氏名	③生年月日	
記号	印	S・H	
番号		年	月
④被保険者の現住所	〒 ー ー 電話番号 ー ー		
⑤会社・事業場の名称	会社名	事業場名	
⑥被扶養者が移送を受けたときはその者の	㊦ 氏名	㊧ 続柄	
	㊨ 生年月日	S・H・R	年 月 日
⑦傷病名			
⑧発病または負傷年月日	令和 年 月 日		
⑨発病または負傷の原因			
⑩診療・薬剤の支給または手当てを受けた医療施設	㊦ 所在地		
	㊧ 名称		
	㊨ 診療した医師の氏名		
⑪移送を受けた区間	から 経由 まで		
	年月日 令和 年 月 日		
	㊦ 利用交通機関	㊧ 回数	回
	㊨ 移送に要した費用	円	㊩ 距離 Km

委任状

本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
 令和 年 月 日

被保険者 住所
 (請求者) 氏名 印

代理人 住所
 氏名 印

領収書

令和 年 月 日
 金 円

上記の金額を領収いたしました。
 アステラス健康保険組合 理事長 殿

氏名 印

事業場
 担当者印

健保受付日付印

