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被保険者等記号・番号		②被保険者氏名	③生年月日
記　号		印	S・H 年　月　日
番　号			
④被保険者の現住所		〒　－　電話番号　－　－	
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	㋐ 氏　名		㋑ 続　柄
	㋒ 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	㋐ 所在地		
	㋑ 名　称		
	㋒ 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	
移送方法等	㋐ 利用交通機関		㋑ 回　数　回
	㋒ 移送に要した費用	円	㋓ 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（請求者）	住所	
	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

健康保険（本人・家族）移送承認申請書

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 年　月　日
番　号			
④被保険者の現住所	〒　　－　　電話番号　　－　　－		
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	㋐氏　名		㋑続　柄
	㋒生年月日	昭和・平成・令和　　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移送を必要とする理由			
区　間	から　　経由　　まで		
移送方法等	㋐利用交通機関		㋑回　数　　回
⑪移送をする前に提出出来なかった時は、その理由			

医師等の証明欄

⑫傷　病　名			
⑬療養の給付を開始した年月日	令　和　　年　月　日		
⑭移送先医療施設等の名称			
⑮移送区間・回数	から　　経由　　まで	回数	回
⑯移送年月日・距離	令　和　　年　月　日	距離	Km
⑰移送の方法			
⑱移送を必要と認めた理由（詳細に、ご記入下さい）			

⑲上記のとおり相違ありません。

令和　　年　　月　　日

医療施設の名称・所在地

医師名　　印

電話番号　　（　　）

健保受付日付印