

健康保険

被保険者
家族

移送費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	記号番号	—	被保険者 氏 名				衆議院 ・ 参議院	
	住 所	〒				生年 月 日	年 月 日	
		電話番号 ()						
	被扶養者に 関する申請 のとき	氏名		生年 月 日	年 月 日	被保険者 との続柄		
	傷 病 名		発病又は 負傷の原因		発 病 年 月 日	年 月 日		
	移 送 年 月 日	年 月 日	移送の経路 及び方法					
	移送先					第三者行為による ものですか	はい ・ いいえ	
	付添人が同 行した場合は その者の	氏名		移送に要 した費用	円 (領収書原本を添付すること)			
		住所						
振込希望の 金融機関名 (被保険者名義)	銀行・農協 金庫・信組	本店 支店	普通 当座	口座 番号				
令和 年 月 日							国会議員秘書健康保険組合 殿	

移 送 元 の 医 師 の 意 見	患者名		傷病名		移送日	年 月 日
	移送を必要と認めた理由					
	移送を必要と認めた区間	から まで				
	付添人が同行する場合は 付き添いを必要とする理由					
	移送方法		移送後の 診療形態	☐ 外来 ☐ 入院		
	上記の理由で移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 〒 住所 医師の 氏名 印 電話					