

健康 保 険 者 記 入 欄	支 給 決 定 伺					支給決定	令和	年	月	日	支 給 決定額	¥			
	常務理事	事務長	係長		係員	支給年月	令和	年	月	日	資格取得	昭・平 令	年	月	日
						代 金 支払日	令和	年	月	日	資格喪失	令和	年	月	日

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	① 被 保 険 者 記号・番号				② 被保険者 氏 名				③ 被保険者 生年月日	昭和 年 月 日 平成		
	④ 勤 務 先	TEL : - -										
	⑤ 負 傷 名							⑥ 発病又は負傷 年 月 日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分			
	⑦ 発病又は 負傷の原因											
	⑧ 移送を必要 とする理由							⑨ 付添人の有無	☐ 有り ☐ 無し			
	⑩ 移 送 先							⑪ 利用交通機関				
	⑫ 移 送 経 路							⑬ 移 送 距 離	k m			
	⑭ 移送期間及び回数	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			回	⑮ 移 送 費 用	円					
	⑯ 移送を受けた者が 被扶養者である時 はその氏名と続柄	(続柄 :)						⑰ 被 扶 養 者 生 年 月 日	昭・平 令 年 月 日			
	⑱ 振 込 先 指定口座	金 融 機 関 名 称				種 目・口座番号			口座名義			
		農協 本店 普通 支店 貯蓄										

上記のとおり申請します。 〒
令和 年 月 日 被保険者 住 所
京都府農協健康保険組合理事長 殿 (申請者) 氏 名 ㊞

移 送 を 必 要 と 認 め た 医 師 の 意 見 欄	⑳ 傷 病 名				㉑ 発病又は負傷 年 月 日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分		
	㉒ 移送を必要と 認めた理由 (付添人を必要と認 めた場合は、その理 由も記入してください)							
	㉓ 利用交通機関及び 移送の経路							
	上記のとおり証明します。 医療機関所在地 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 称 医 師 氏 名 ㊞							

委任の欄 (給付金の受領を人に頼むときだけ記入してください)	
本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 代理人 住所 氏名 ㊞ 氏名 ㊞	

受 付 印