

健康 保 記 入 欄	支給決定同					支給決定	令和	年	月	日	支給 決定額	¥			
	常務理事	事務長	課長	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 平成	年	月	日	
	④ 勤務先	TEL: - -						
	⑤ 負傷名	⑥ 発病又は負傷 年月日		令和	年	月	日	
	⑦ 発病又は 負傷の原因	午前・午後		時	分			
	⑧ 移送を必要 とする理由	⑨ 付添人の有無		<input type="checkbox"/>	有り	<input type="checkbox"/>	無し	
	⑩ 移送先	⑪ 利用交通機関						
	⑫ 移送経路	⑬ 移送距離		km				
	⑭ 移送期間及び回数	令和	年	月	日から	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 支店	普通 貯蓄	フリガナ			
	上記のとおり申請します。 円							
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	⑲ 傷病名	⑳ 発病又は負傷 年月日	令和	年	月	日
	㉑ 移送を必要と 認められた理由 (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)					
	㉒ 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 氏名	代理人 住所 氏名

受 付 印

**添付
書類**

- ◎ 移送の費用を自己負担していることが確認できる領収書の原本及びその内訳別の費用の額が記載されたものを添付してください。
- ◎ 移送の経路及び手段、期間(移送日)、回数などの移送内容の詳細が確認できるものを添付してください。