健康保険　被保険者　家族

移送費支給申請書

被保険者記入用

常務理事	事務長	課長	担当者

みづほ健康保険組合

被保険者情報

被保険者証の	記号　番号 —	該当する□を選択し「レ」を付けてください。			
氏　名	フリガナ	生年月日			
		□ 昭和 □ 平成	年	月	日
住　所	（〒　　—　　）	性別	□ 男 □ 女		
電話番号 （日中の連絡先）	TEL　　（　　）				

被保険者または負傷した方が記入するところ

移送を受けた方	□被保険者　□被扶養者	氏名			
発病の原因 及び経過（詳しく）	□病気（原因及び経過） （　　） □ケガ　→ 負傷原因報告書を併せて提出してください。	生年月日			
		□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年	月	日
		発病又または負傷年月日 （療養開始日）			
		□ 平成 □ 令和	年	月	日
診療等の支給又は手当を受けた医療機関の	名　称		診療を担当した医師等の氏名		
	所在地				
移送経路、 移送方法、 移送期間、 及びその費用の額	移送経路	フリガナ から	フリガナ まで		
	移送後	□入　院 □入院外	移送先		
	移送期間 （支給期間）	令和　年　月　日から	令和　年　月　日まで		
	移送回数	回	移送に要した費用の額	￥	
	移送距離	km	利用交通機関		
付添人の有無	□あり → 付添人の氏名 □なし　　付添人の住所				
移送を必要とする理由症状・その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、その人数とその必要な理由を併せて記入してください。					

受付印

被保険者証のマイナンバー記載欄／被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。