

提出先	健保組合
添付書類等	■ 移送に要した費用の領収書 (原本)

		受付担当

(健保組合使用欄)

前回	自 令和 年 月 日	標準報酬	千円
	至 令和 年 月 日	月額	

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

被保険者 移送費支給申請書
家族

下記のとおり申請いたします。(その1)

注意事項

※ ※ ※ 傷病が第三者行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。
※ 医師の証明を完備のうえ提出してください。
※ 印刷は、申請書(その1)(その2)を片面印刷でそれぞれに配信すること

被保険者が記入する欄	被保険者証 記号・番号	5 9 -	事業所名 所属部署	PayPayカード株式会社				
	被保険者氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	被保険者住所	〒						
	傷病名		発病または 負傷年月日	令和	年	月	日	
	発病の状態または 負傷の原因		第三者行為に よるものですか	はい・いいえ				
	診療または手当を 受けた医療機関の	名称					医師の氏名	
		所在地						
	移送先		令和 年 月 日	移送の 方法				
	移送の経路 (区間)	から	移送回数	距離	移送に要した費用			
		まで	回	km	円			
	被扶養者が移送を 受けたときはその者の	氏名	生年月日	昭 平 令	年	月	日	被保険者 との続柄
	振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名		支店名		普通預金口座番号		
		銀行		本店 支店				

※給付金に関する受領を代理人に委任する(被保険者名義以外の口座に振り込みを希望される)場合に記入してください。

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。		振込希望口座	金融機関名	銀行	
	令和 年 月 日			支店名	本店 支店	
	被保険者	住所		普通預金 口座番号		
		氏名		フリガナ		
	受取代理人	住所		フリガナ		
氏名		口座名義				
委任者と代理人との関係						

受付日付印

医師または 歯科医師の 意見	傷病名	
	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〕	
	移送の方法 区間・回数	
	上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 住所 _____ 名称 _____ 医療機関 医師名 歯科医師名 _____ 電話番号 _____	