

(臍帯血・骨髄等の搬送)
療養費支給申請書

常務理事	事務長	担当者

1/2 枚目

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	-	電話番号 日中の連絡先	
	会社・事業所名		部署名	
	被保険者氏名		生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	被保険者住所			
	移送対象者氏名 続柄	続柄	生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	傷病名			
	発病/負傷の原因 及びその経過			
	傷病原因 (該当する回答に☑)	☐ 病気 ☐ 交通事故 ☐ その他 () ☐ 第三者行為		
	発病/負傷の年月日	令和 年 月 日	移送日	令和 年 月 日
	移送期間	令和 年 月 日 から	移送に要した費用	円
		令和 年 月 日 まで	移送方法	
	移送区間	から	移送先	病院
		まで	移送後	☐ 入院 ☐ 入院外
	距離	Km	移送回数	回
在職中の給付金支払い に関する同意		☐ 在職中、給付金は事業主経由で受領することに同意します。		

添付書類 : 申請書にホチキス留めして下さい。

① 移送に要した費用の領収書原本 (宛名のあるもの)および、その明細のわかるもの

退職後に請求する場合に記入 (任意継続者:記号9990は記入不要)							
金融機関コード	銀 行 信用金庫 信用組合	店舗コード	支 店 本 店 出張所	種 目 普通預金	口座番号	フリガナ	
						口座名義人	
ゆうちょ銀行の口座へ振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください							

健 保 記 入 欄	支給額		支給日	令和 年 月 日
	備考			

訂正がある場合は医師が訂正・訂正印
医師以外の訂正は認められません

醫師意見欄

移送対象者氏名		生年月日	
傷病名			
移送方法			移送回数 回
移送期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	移送距離 km	
移送を認めた区間	～		
移送先	病院	移送後	☐ 入院 ☐ 入院外
移送を必要とした理由 症状・その他、具体的に記入してください 付添人が必要な場合は人数と必要な理由も併記してください			
付添人の有無	☐ 有 付添人の氏名 付添人の住所		
	☐ 無		

上記のとおり移送を必要と認めました。

所在地

令和 年 月 日

医療機関名

醫師名

電話番号

()