

受付年月日	令和	年	月	日
伺年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日

理事長	常務理事	事務長	係員	係員

支給内訳	移送費	円
標準報酬月額	千円(第 級)	

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

被保険者・家族 移送費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	—			氏名						
事業所名称	公益財団法人天理よろづ相談所			事業所所在地	奈良県天理市三島町200番地					
移送を受けた 家族氏名			家族の 生年月日	昭・平・令	年	月	日生	被保険者 との続柄		
傷病名				発病又は負傷 の年月日	平・令	年	月	日		
発病又は負傷 の原因				第三者行為に よるものです			はい・いいえ			
発病または 負傷の経過				診療または 手当の内容						
診療を受けた 病院等	名称				診療した医師氏名					
	所在地									
移送を受け た区間	移送元				移送期間	自	令和	年	月	日
	移送先					去	令和	年	月	日
移送回数	回	移送に要し た費用の額			円	利用交通 機 関	km			
払込希望銀行	銀行			支店 普通預金( )						
上記のとおり申請します。										
令和 年 月 日										
住所										
被保険者の										
氏名										
天理よろづ相談所健康保険組合 理事長 殿										

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書	
患者氏名	
生年月日 (該当する元号に☑)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和           年 月 日
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。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。]	
移送の方法 区間・回数	
移送年月日	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日
上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日  医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電 話 ( )	