被保険者 家族　移送費支給申請書

被保険者記入欄

被保険者証				被保険者の（申請者）氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日
記号		番号				年　月　日
事業所名称						
被保険者の（申請者）住所	〒　－				(ﾌﾘｶﾞﾅ)	電話番号
※対象者が被扶養者の場合に記入	氏名		生年月日	年　月　日	被保険者との続柄	
傷病名			発病又は負傷年月日（療養開始日）	年　月　日	備考	
発病または負傷原因及びその経過					第三者行為によるものですか	0：いいえ　1：はい
診療等の支給・手当てを受けた病院・診療所（医院）等	名称		診察した医師氏名			
	所在地					
移送を受けた区間	区間	(ﾌﾘｶﾞﾅ) から		(ﾌﾘｶﾞﾅ) まで		
移送期間および費用の請求	移送後	1. 入院 2. 入院外	移送先	病院	移送に要した費用の額	円
	移送期間（支給期間）	自　年　月　日	至　年　月　日	移送回数 回	距離 km	利用交通機関

希望振込先

預金の種類	金融機関名	
1.普通　2.当座	銀行 / 金庫	本店 / 支店
口座名義(カタカナ)	口座番号	

受取代理人

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。　年　月　日

被保険者（申請者）　住所　氏名

代理人の氏名と印	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	委任者と代理人との関係
代理人の住所	〒　－	

年　月　日提出

受付日付印

「＊」印欄は記入しないでください。

エイベックス・グループ健康保険組合