被保険者
家　族　移送費支給申請書

被保険者記入欄

被保険者等 記号	被保険者等 番号	被保険者(申請者)氏名	生年月日
		(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭和 年　月　日 平成

事業所名称	
被保険者(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	被保険者との続柄
		昭和 平成　年　月　日 令和	

傷病名		発病又は負傷年月日(療養開始日)	備考
		令和　年　月　日	
発病又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(医師)等				
名称		診察した医師名		
所在地				

移送を受けた区間移送期間及び費用の請求				
区間	(ﾌﾘｶﾞﾅ) から	(ﾌﾘｶﾞﾅ) まで		
移送後	移送先	移送に要した費用の額		
1：入院 2：入院外	病院	円		
移送期間(支給期間)		移送回数	距離	利用交通機関
自　令和　年　月　日	至　令和　年　月　日	回	km	

希望振込先記入欄

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

受取代理人記入欄

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。

令和　年　月　日

被保険者(申請者)　住所

氏名

代理人氏名・印	(ﾌﾘｶﾞﾅ) ㊞	委任者と代理人との関係
代理人住所	〒　－	

令和　年　月　日 提出

受付日付印

エイベックス・グループ健康保険組合