

被 保 険 者 族 移 送 費 請 求 書  
 家

西武健康保険組合理事長 殿

No.

被 保 者 記 入 欄	被保険者等	記号			番号					
	被保険者の	会社名			所属					
		氏名								
		住所	(〒 - )		(Tel - - )					
		生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得日	昭和・平成 令和	年	月
	被扶養者が 移送を受けたときは その方の	氏名			続柄					
		生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	被扶養者 認定日	昭和・平成 令和	年	月
	傷病名									
	発病又は負傷の原因及びその経過									
	第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい								
	診療を受けた病(医)院	名称								
		所在地								
		医師の氏名								
	移送を必要とする理由									
	移送を受けた区間及び距離	から まで km								
移送先の病(医)院名										
移送後の入院・入院外区分	入院 ・ 入院外									
移送期間(支給期間)及び回数	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間									
移送に要した費用	円									
利用交通機関										
振込金融機関	銀行名	支店名	口座種目	口座番号(右詰めで記入)				口座名義(カタカナ)		
	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座							
	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号		口座名義(カタカナ)					
	1		0					1		

【添付書類】『医師の意見書』  
『移送に要した費用の領収書』

押印欄	事業所	所 属
-----	-----	-----

健康保険支給決議書

健 保 者 記 入 欄	款	保険給付費	項	法定給付費	目	移 送 費 家族移送費			
	受付年月日	支給決定額							円
		備考							
	支給日	令和	年	月	日	常務理事	事務長	会計	給付