給付支給決定並びに支出伺												伺年月日	
常務理事	事務長	担当者	支給額								円	決裁年月日	

【依頼事項】被保険者記号・番号は必ず記入のうえ提出をお願いいたします。
（マイナポータルもしくは「資格情報のお知らせ」で確認してください）

被保険者・家　族　移送費支給申請書

ナブテスコグループ健康保険組合理事長　殿　　令和　　年　　月　　日

被保険者記号一番号	99－1234	被保険者氏名	健保　太郎

現住所	〒 651-2271 神戸市西区高塚台７丁目３－３ TEL 078-123-4567		
移送を受けた者	氏名　健保　太郎　（続柄）本人	生年月日	昭和・平成・令和 49 年 8 月 25 日
傷病名	くも膜下出血	発病又は負傷年月日	令和　1 年 10月 25 日
発病又は負傷の原因	緊急手術を受けることになったが、入院先の〇〇病院には設備がないため、△△病院に移送した		
移送年月日	令和 1 年 10 月 25 日 ～　月　日	移送経路	〇〇病院～△△病院
移送に要した費用	100，000円	移送方法交通機関	ヘリコプター
付添人　有・無	☑有（氏名　健保　花子　）　□無		
付添人　住所	〒651-2271　神戸市西区高塚台７丁目３－３		

医師歯科医師の意見書				
移送を必要と認めた理由				
付添を必要と認めた理由				
移送年月日		令和　年　月　日 ～　月　日	移送方法	
移送経路				
移送先	医療機関所在地			
移送先	医療機関名称			
上記のとおり、相違ありません。 医療機関所在地 医療機関名　称 ＴＥＬ 医師名			令和　年　月　日	

この欄の各項目について、担当医等に記入を依頼してください

※ 訂正する場合は、二重線で消して訂正印を押してください。
※ 被保険者記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考	マイナンバーにより申請する場合にマイナンバーを記入（個人番号確認、本人確認書類を添付のこと）

委任状	委任事項	この給付の（住所） 受領方を　（氏名）　印　に委任する 令和　年　月　日　（被保険者）　印
振込先		銀行　支店　当座・普通　番号

――受付日付印――

（添付書類）　・領収書（原本）および明細書を添付ください。