

| | | | | | | |
|-------|---|------|-----|----|----|--|
| | | 常務理事 | 事務長 | 会計 | 扱者 | |
| 支給決定額 | 円 | | | | | |

マイナンバーではなく、「資格情報のお知らせ」に記載の記号・番号を記入

被保険者
被扶養者
移送費申請書

| | | | | | | |
|---------------------|----------------------|---------------------|----------------|----------------|--------------|--------------------|
| 被保険者等 記号・番号 | 記号 3 3 ○ × | 番号 1 2 3 × × × × | 事業所 の名称 | 野村證券株式会社 | | |
| 移送を受けた 者の氏名 | ○山 ○子 | | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | ○年 ○月 ○日 | 被保険者 との続柄 妻 |
| 傷病名 | くも膜下出血 | | 発病又は 負傷の年月日 | 令和 | ○年 ○月 ○日 | |
| 発病又は 負傷の原因 | 脳動脈瘤破裂 | | | | | |
| 移送の経路 及び方法 | ○○医院～××大学病院 民間救急車 | | | 移送に要 した費用 | 50,000 円 | |
| 付添人の氏名 及び住所 | 氏名 | | 住所 | | | |
| 第三者行為に因る ときはその事実 | | | | | | |
| 第三者の氏名 及び住所 | 氏名 | | 住所 | | | |
| 振込先 | 銀行名 ○○ 銀行 | 支店名 ×× 支店 | 普通 当座 | 口座番号 ○○○○○ | フリガナ 口座氏名 | マルヤマ マルロウ ○山 ○郎 |

上記のとおり申請します。
令和 ○○年 ○月 ○日

住所 ○○市○○町○ー○ー○

被保険者の
氏名 ○山 ○郎

野村證券健康保険組合理事長殿

| | | | | | | |
|-------|--|---------------------------|--|--|--|--|
| 医師記入欄 | 移送を必要と 認めた理由 | 入院設備が整っておらず、緊急手術が必要であったため | | | | |
| | 付添いを必要と 認めた理由 | | | | | |
| | 移送経路 | ○○医院～××大学病院 | | | | |
| | 移送方法 | 民間救急車 | | | | |
| | 移送年月日 | 令和 ○年 ○月 ○日 | | | | |
| | 上記のとおり相違ありません。 令和 ○年 ○月 ○日 住所 ○○市××町○ー○ー○ 医師の 氏名 ○野 ×夫 | | | | | |

(注) 1. この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付してください。