

	常務理事	事務長	会計	扱者	
支給決定額	円				

被保険者
被扶養者 移送費申

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

被保険者等 記号・番号	記号 3 3 ○ × 1 2 3 × × × × /	番号	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			
第三者行為による 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 マルヤマ マルロウ	口座 氏名 ○山 ○郎

上記のとおり申請します。

令和 ○○年 ○月 ○日

被保険者
住所 ○○市○○町○一○一○
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 医師の 住所 ○○市××町○一○一○ 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。