【記入例】 移送費

領収書の金額

自己負担(割合)はゼロ

保険給付を申請する金額 ※移送費の場合は費用全額

※ 経路や手段などは、その状況に応じ た最も経済的な内容で算定した額 の範囲内での給付となります。

申請者氏名は 被保険者のお名前

※ 被保険者が亡くなられている場合は 相続人代表のお名前を記入して ください。

その場合は、別途「誓約書」が必要 となりますので、提出先市区町村に ご相談ください。

		14	/ ##n →	± 444 ±	net vete					
				所 者等 支 給 申		A	途 :	λ		
## I	~		(食員)	4 × W T	H E		·· 来 :	<i>9</i> ŀ		
受付日 決定日		月 日								
保険者番号				個人番号						
被保険者番号 公費負担者番号	1 2 3	4 5 6	7 8		保険者氏名 七年月日	(本)				
公費受給者番号				をた	入外	外or入	10年12月	10 割		
診療年月		令和 💪 年 🖁	3 月	.et- 24, 44n 88	令和	6年8月	5 日	から		
診療日数	0 1 🖪			療養期間	令和	6年8月	5 🛭	まで		
種 類	移送曹									
1里 規	物压用									
傷病名	転落に	⊧る臓器 指	員傷 —							
診療を受けた医療	大阪府〇		丁目●番	5●号(←病	院の住所)					
機関等の所在地診療を受けた医療										
機関名又は施術師	〇〇整形	○○整形外科 (←病院のお名前)								
支給申請をした 理由	1:負担区分誤り 2:装具装着									
発病又は負傷の	3:その他(急病等) 離 島 での負 傷 により緊 急 処 置 が 必 要 だったため) 1:第三者行為(交通事故等) (交通事故等) 3:業務上の事故									
理由		4:その他()			
療養に要した事	用額	3	2 0	0 0 食	事 回	数				
				熔巻に	こ要した費用	牧 笛				
審査認知								\rightarrow		
審査 認 月 技		3	2 0		標準負担					
一 部 負 技 支 給 金	担 金 額	てください。該	当するものがた	0 食事	標準負担	額	記載不要です。			
一 部 負 技 支 給 金	担 金 額	てください。該	当するものがた 銀 行	0 食事	標準負担	額	箱	普通		
一 部 負 担 支 給 金 該当するも	担 金 額	てください。該	当するものがた	0 食事	標準負担	額、網掛けの中は	預金	普通		
一部負担 支給金 該当するも	担 金 額	てください。該	当するものがた 銀 行 信用金庫	0 食事	標準負担	額、網掛けの中は	預 金 種			
一部負担 支給 金金 該当するも	祖のに○をつけて	てください。該	当するものがた 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	0 食事	標準負担	額、網掛けの中は	預 金 種	当座		
- 部 負 指 支 給 金 該当するも	担 金 額	てください。該	当するものがた 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	0 食事	標準負担	額、網掛けの中は	預 金 種	当座		
部 負 担 支 給 金 該当するも 版 当するも 版 と 人 と と と と と と と と と と と と と と と と と	祖のに○をつけて	てください。該	当するものがた 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	0 食事 0 0 い場合は () 内に	標準負担	額、網掛けの中は	預 金 種	当座		
部 負 抽 支 給 金 該当するも 接 込 先 口座番号等 た 放影製して下さい	型 金 額 ののに〇をつけっ 2 3	4 5	当するものがた 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合	0 食事 0 0 い場合は () 内に	標準負担	額、網掛けの中は	預 金 種	当座		
部 負 担 支 給 金 版当するも 振 込 先 「	型金額 類ののに○をつけて 2 3 ウ イ	4 5 幸	当するものがた 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合) 6 7	0 食事 0 0 い場合は () 内に	標準負担配載してください本店(額・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	預金種別	当座		
部 負 担 支 給 金 版当するも 振 込 先 「	● 金額 の	4 5 キ styling は 1 ま か	当するものがた 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 () 6 7	0 食事 0 0 ない場合は () 内に 0 0 0 ない場合は () 内に 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	標 準 負 担 記載してください 本 店 (額・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	預金種別	当座		
部 負 担 支 総 金 数 数 当 する も 数 数 当 する も 数 数 当 する も 扱 当 する も 板 込 先 口座番号等 に 立座名義人 に カタカナ)	単金額のに○をつけて2 3ウイはカタカナで上に 家養に要した	Cください。該 4 5 キ 数より左づめで 費用に関す	当するものがた 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 () 6 7	0 食事 0 0 ない場合は () 内に 0 0 0 ない場合は () 内に 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	標 準 負 担 記載してください 本 店 (額 瀬掛けの中は 支店	預金種別	当座		
部 負 抽 支 給 金 数 数 当 する を 数 し た	 金額 のに○をつけず 23 ウイ 症がありますで上に 療養に要した 命者医療広域 	TCください。該 4 5 キ Qより左づめで 費用に関す 連合長 宛	当するものがた 銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合 () 6 7	0 食事 0 0 ない場合は () 内に 0 0 0 ない場合は () 内に 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	標 準 負 担 記載してください 本 店 (額 瀬掛けの中は 支店	預金種別	当座		

連絡先 000-000-000

	4	年	月 日	(口座名義人)	
	上記療養	に要し	た費用の	受領に関する一切の権限をに	こ委任します。
委任状欄	委任者	住店	听		
	(申請者)	氏 :	名		
	(申請者)	が手書	きしない	場合は、記名押印してください)	

移送費の場合は 10割給付(自己負担無し) となります。

治療を受けた傷病名 (正式な名称でなくて可)

移送を必要とした経緯など をご記入ください。

※緊急性など、支給要件を満たさない 場合は保険給付を受けられません。

委任状欄は、

申請者と異なる名義の口座

を記入した場合に記入。

※申請者が手書きしない場合は、 押印が必要です。