

移送費 (療養費) 支給申請書  
第二家族療養費

|   |                  |          |    |   |                |          |          |   |   |
|---|------------------|----------|----|---|----------------|----------|----------|---|---|
| 被<br>保<br>険<br>者                        | 被保険者等            | 記号       | 番号 | 事業主使用欄  |                |          |          |   |   |
|   | 事業所名称            |          |    | この申請書は被保険者が作成したものである <input type="checkbox"/> |                |          |          |   |   |
|   | 所属               |          |    | 記号・番号が分からない場合は<br>マイナンバーを記入してください             |                |          |          |   |   |
| 保<br>険<br>者                             | 被<br>保<br>険<br>者 | 氏名       |    | 受<br>診<br>者                                   | 氏名             | 枝番       |          |   |   |
|   | 生年月日             | 昭和・平成・令和 | 年  | 月   | 日              | 生年月日     | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 |
| 者<br>記<br>入<br>欄                        | 傷病名              |          |    |   | 発病または<br>負傷年月日 | 昭和・平成・令和 | 年        | 月 | 日 |
|   | 発病または負傷の原因及び経過   |          |    |   |                |          |          |   |   |
|   | 移送年月日            | 令和       | 年  | 月   | 日              | 移送費      | 円        |   |   |
| 移送の方法及び区間                               |                  |          |    |   |                |          |          |   |   |
| 下記のとおり請求します。支給金額の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 |                  |          |    |   |                |          |          |   |   |
| 〒( )                                    |                  |          |    |   |                |          |          |   |   |
| 住 所 被保険者フリカ'ナ氏 名                        |                  |          |    |   |                |          |          |   |   |

|                       |                     |   |   |         |       |       |  |  |  |
|-----------------------|---------------------|---|---|---------|-------|-------|--|--|--|
| 医<br>師<br>証<br>明<br>欄 | 上記のとおり移送したことを証明します。 |   |   |         |       |       |  |  |  |
|                       | 令和                  | 年 | 月 | 日       | 所 在 地 |       |  |  |  |
|                       |                     |   |   |         | 名 称   | T E L |  |  |  |
|                       |                     |   |   | 医 師 氏 名 |       |       |  |  |  |

|                       |                       |       |     |   |                     |                                 |   |     |              |   |    |   |
|-----------------------|-----------------------|-------|-----|---|---------------------|---------------------------------|---|-----|--------------|---|----|---|
| 健<br>保<br>記<br>入<br>欄 | 支<br>給<br>決<br>定<br>伺 | 請求額   | 円   |   | 療養費<br>・<br>第二家族療養費 | 円                               |   | 備 考 |              |   |    |   |
|                       |                       | 査定額   | 円   |   | 高額療養費               | 円                               |   |     |              |   |    |   |
|                       |                       | 自己負担額 | 30% | 円 |                     | 一部負担還元<br>金<br>・<br>家族療養付加<br>金 | 円 |     | 被保険者資格取得・喪失日 |   |    |   |
|                       |                       |       | 20% | 円 |                     |                                 |   |     | 取得           | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年  | 月 |
|                       |                       |       | 10% | 円 |                     | 支給額合計                           | 円 |     | 喪失           | 令和  | 年  | 月 |
|                       |                       | 無     | 円   |   | 常務理事                |                                 |   |     | 事務長          | 主任  | 担当 |   |
| 支給決定年月日               |                       | 令和    |     | 年 | 月                   | 日                               |   |     |              |   |    |   |

注) 1. 移送に要した費用の領収明細書(原本)及び承認書をこの請求書に添付し、申請してください。

2. 医師・看護師等付添人については原則1人分の交通費を算定します。

3. 付添人の医学的管理による費用を支払った場合は療養費として支給します。