

係 員	給 付 割 合					決 定 額							
	一般7割		未就学児8割			一部負担金							
	高 齢	8	8Ⅱ	9	9Ⅱ								
		現Ⅲ	現Ⅱ	現Ⅰ	支 給 額								

療 養 費 支 給 申 請 書〔移送費〕

被保険者		記号	84-				番号												
受 け た 方	氏 名											生 年 月 日	年 月 日			組 合 員 と の 続 柄			
	個人番号(※)																		
医 師 等 の 記 入 欄	傷 病 名											発病・負傷 年月日	年 月 日						
	傷病の原因																		
	移送先保険 医療機関	所在地：																	
		名 称：																	
		移送年月日： 年 月 日																	
	移送経路	自宅・（ ） 病院・診療所から																	
		（ ） 病院・診療所まで																	
	移送方法																		
	費 用 額	円																	
	付添人	氏名						住所											
入 欄	別紙意見欄のとおり移送の必要を認めます。 年 月 日 医療機関 所在地 及び 名 称 医師又は 電 話 歯科医師 氏 名																		

○ 組合員名義の口座をご指定ください。

振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 ()										本店 支店			
	預金種目	1. 普通 2. 当座				口座番号									
	フリガナ														
	名 義 人														

上記のとおり申請します。

年 月 日

組 合 員	住 所 (自宅)	〒														
	氏 名											電話番号 (自宅・携帯)				
	個人番号(※)															

移送を必要とする意見欄（医師又は歯科医師記入欄）

診断年月日

年

月

日

《自宅から移送を必要とする理由または転院せざるを得ない理由》

《症狀詳記欄》

《付添いを必要と認めた理由》（付添いがあったときのみ記載）

記入医師名

東京都弁護士国民健康保険組合

【注意事項】

《自宅から移送を必要とする理由または転院せざるを得ない理由》及び《症状詳記欄》《付添いを必要と認めた理由》については、できるだけ詳しく記入してください。