

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者 申請者 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日		
	被保険者証の (右づめ)	5 6 5	8 9 8	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	33	11	8	日
				<input type="checkbox"/> 平成				
				<input type="checkbox"/> 令和				
氏名	(フリガナ) ケンポ タケオ	健保 健夫						
住所	(〒 500 - 7878)	三重	都 道 府 県	津市真中町1234				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 (0000) 1111							
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)								

振込先 指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。)					
	金融機関 名称	真中	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所		
	預金種別	普通	口座番号	1 2 3 1 2 3 4	右づめでご記入ください。	
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(ゝ)は1字としてご記入ください。) ケンポ タケオ					

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 移送費 支給申請書

申請内容	移送対象者の氏名・続柄	氏名 健保 健子 続柄 妻
	移送対象者の生年月日	昭和 35年 3月 23日 生
	傷病名	脳出血 ※ 臍帯血、骨髄液等の場合は健保組合へ申請前にご連絡ください。
	移送方法	自家用緊急車両
	移送経路	〇〇県〇〇市〇〇病院から 〇〇県〇〇市〇〇大学病院まで
	移送年月日	令和 5年 3月 10日
	移送に要した費用の額	30,000 円
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	第三者行為又は労働災害等の該当	<input type="checkbox"/> 該当 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 不該当
	第三者行為の場合	<input type="checkbox"/> 交通事故 ・ <input type="checkbox"/> 暴行、傷害 ・ <input type="checkbox"/> 業務上 ・ <input type="checkbox"/> その他
第三者がいる場合	氏名 〒 -	

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	脳出血にて、設備の整った医療機関での緊急手術を行う必要があったため、移送を要した。
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	〇〇県〇〇市〇〇病院から〇〇県〇〇市〇〇大学病院まで
	移送方法	自家用緊急車両
	移送年月日	令和 5年 3月 10日
	医療機関の所在地	〒 - 〇〇県〇〇市 〇〇病院
医師の氏名	〇〇〇〇〇〇	

- 移送に要した費用の領収書（原本）を添付のこと。
○最も経済的な通常の経路及び方法により搬送された場合の旅費により支給する。
○臍帯血、骨髄液等の場合は健保組合へ申請前にご連絡ください。