

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号番号	記号	番号	所属事業所 及び部署名	電話(内線)	
	被保険者 氏名	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成	
	被保険者住所 電話番号	〒				電話 ()
	社員番号			メールアドレス		

申請内容	移送対象者 (該当に○)	本人(被保険者)・家族(被扶養者)		移送対象者氏名		
	傷病名			移送対象者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	傷病又は負傷の 原因					
	発病又は負傷の 年月日	平・令	年 月 日	移送年月日	令和 年 月 日	
	移送の区間	自			移送の経路 及び方法	経路
		至				方法
	移送に要した 費用の額			円	付添人の有無	有 ・ 無
やむを得ない理由で 移送後に届け出る場 合、その理由						
交通事故等 第三者が原因 ですか	いいえ ・ はい		業務上、通勤途上 によるものですか	いいえ ・ はい		
※「はい」の場合は、別途届出が必要です。						

医師又は 歯科医師の 意見	移送対象者氏名		移送年月日	令和 年 月 日
	傷病名		移送先	
	傷病又は負傷の 原因			
	移送の経路		移送の方法	
	移送が必要と認め た理由 (付き添いがあったとき はその付き添いを必要 と認めた理由)			
	上記の通り移送の必要を認めます。 住所 電話 令和 年 月 日 氏名			

※在職者は、委任状欄に記入してください。

委任状	<input type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。 <input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	被保険者 (申請者)	氏名
	代理人 (実際に給付を受領する者)	氏名

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード		支店コード	
	金融機関名称	銀行		本店
		信用金庫		支店
預金種別	普通 其他 当座 ()	口座番号		口座名義 (カタカナ)

【添付書類】

1.移送に要した費用の領収書及び明細書

備考	個人番号 (被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要)	
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	

受付日付印

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

被保険者情報	被保険者等記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	●●株式会社 ●●支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 ●●年 ●●月 ●●日 平成
	被保険者住所電話番号	〒123-4567 東京都●●区●●町1-2-3 ●●マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567	メールアドレス	●●@●●●●.ne.jp	

申請内容	移送対象者(該当に○)	●●本人(被保険者)・家族(被扶養者)	移送対象者氏名	健保 太郎		
	傷病名	急性骨髄性白血病		移送対象者の生年月日	昭和 平成 令和 ●●年 ●●月 ●●日	
	傷病又は負傷の原因	不明				
	発病又は負傷の年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日	移送年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日		
	移送の区間	自	●●市病院	移送の経路及び方法	経路	
		至	●●区病院		方法	ヘリコプター
	移送に要した費用の額	●●●●●● 円		付添人の有無	有・無	
やむを得ない理由で移送後に届け出る場合、その理由	旅行先の離島での事故で、島の診療施設では十分な診療を受けられず、医師の指示で緊急に転院したため					
交通事故等第三者が原因ですか	●●いいえ・はい		業務上、通勤途上によるものですか	●●いいえ・はい		
		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

医師又は歯科医師の意見	移送対象者氏名		移送年月日	令和 年 月 日	
	傷病名	この欄は、担当した医師に記入を依頼してください			
	傷病又は負傷の原因				
	移送の経路				
	移送が必要と認めた理由 (付き添いがあつたときはその付き添いを必要と認めた理由)				
上記の通り移送の必要を認めます。		住所			
令和 年 月 日	氏名				

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	<input checked="" type="checkbox"/> ①本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ←該当するものにチェック☑して下さい。	令和 ●●年 ●●月 ●●日
	<input type="checkbox"/> ②本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。	
	被保険者(申請者) 氏名 健保 太郎	代理人(実際に給付を受領する者) 氏名

※任継・退職者は、振込先情報を記入してください。

振込先情報	金融機関コード		任意継続被保険者・退職者以外は、委任状欄にご記入ください。 任意継続被保険者・退職者は、振込先情報欄にご記入ください。	
	金融機関名称			本店
	預金種別	普通 当座		支店

【添付書類】

1.移送に要した費用の領収書及び明細書

備考	個人番号(被保険者等記号番号を記入した場合は記入不要) ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点	受付日付印
----	---	-------