

被保険者

被扶養者

移送費支給申請書

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の 資格情報	記号					番号										所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)			
																部 支社 会社	課 営業オフィス		
被保険者氏名															資格取得年月日	S・H・R	年	月	日
															資格喪失年月日	R	年	月	日

被 保 険 者 記 入 欄	患 者 氏 名	生 年 月 日		被保険者との続柄	傷病名	
		昭和 平成 令和	年 月 日			
	発病または負傷年月日	発病の原因および経過			発病または負傷の原因が第三者によるものか	
	平成 令和	年 月 日				はい ・ いいえ
	移送年月日	移送経路(どこからどこまで)			距離	移送回数
	平成 令和	年 月 日	から	まで	Km	回
	移送方法(利用交通機関)		移送先の医療機関名		移送に要した費用の額	
					円	
	移送を必要とする理由 ※症状、経過等詳細に記入する。 また付添人がある場合は、その付 添人の氏名及び住所も記入する					
	★付添人「有」の場合 → 氏名: 住所:					
上記のとおり申請いたします 令和 年 月 日 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注3) 〒 被保険者 住 所 氏 名 年 月 日生						

- (注) 1. 移送に要した費用の領収書、及びその明細がわかるものを添付してください
2. 医師または歯科医師の意見書を添付してください
- (意見書には、移送を必要と認めた理由、付添人がある場合はその必要な理由、移送経路、移送方法及び移送年月日、診断年月日、医師または歯科医師の記名が必要です)
3. 移送に要した費用を支払った日の翌日から2年で時効となります
4. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です(健保組合ご登録の保険料振替口座に支給します)
- チェック
□ 添付しました
□ 添付しました

保 険 給 付 金	備 考
円	

決 定	常務理事	事務長	担 当	検算	支 払	常務理事	事務長	担 当

入力者・入力日