

第一生命健康保険組合 御中

受信No.	
-------	--

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	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		住所:		
	※症状、経過等詳細に記入する。 また付添人がいる場合は、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:		
上記のとおり申請いたします 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注3)				令和 年 月 日	
被保険者 住所		氏名		昭和 平成 令和 年 月 日生	
				印	

- (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、付添人がい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及び押印が必要です)
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