

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

|                  |                                             |                         |          |       |          |  |
|------------------|---------------------------------------------|-------------------------|----------|-------|----------|--|
| 医師又は<br>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<br>(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<br>電話<br>氏名          | 令和 年 月 日 |       |          |  |

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

|     |                               |    |  |          |
|-----|-------------------------------|----|--|----------|
| 委任状 | 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<br>(実際に給付を受領する者)          | 氏名 |  |          |

|       |         |            |            |            |         |                          |
|-------|---------|------------|------------|------------|---------|--------------------------|
| 振込先情報 | 金融機関コード | 1234       |            | 支店コード      | 123     |                          |
|       | 金融機関名称  | ●●         |            | 銀行<br>信用金庫 | ●●      | 本店<br>支店                 |
|       | 預金種別    | ●●普通<br>当座 | その他<br>( ) | 口座番号       | 1234567 | 口座名義<br>(カタカナ)<br>ケンボタロウ |

【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 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)                                                                   |  | 受付日付印 |
|    | ※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<br>・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 |  |       |