

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決済年月日	年 月 日
移送承認年月日	年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
資格取得日		年 月 日	
資格喪失日		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	〇〇〇	被保険者の氏名	健保 太郎	男・女	健保
		番号	〇〇〇〇	生年月日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日生		
	被保険者の現住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇		電話	〇〇〇 局 (〇〇〇) 〇〇〇〇 番		
		〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1					
	被保険者が勤務している事業所の名称	〇〇〇〇〇〇					
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町1					
	傷病名	腸閉塞		発病又は負傷の年月日	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	発病または負傷の原因	不明					
	移送の方法及び区間	方法	タクシー		移送に要した費用	〇〇,〇〇〇円	
		区間	〇〇〇〇クリニックから〇〇病院へ		経由	回数	1 回
	移送を必要とする理由	〇〇病院の設備等では十分な診療できず医師の指示により緊急に△△病院へ転院					
	被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名	氏名			生年月日	昭平令 年 月 日生	続柄
	付添人の氏名及び住所	氏名	〇〇 〇〇		住所	〇〇県〇〇市〇〇町3	
	第三者行為によるときはその事実						
	第三者の指名及び住所	氏名			住所		
振込希望の銀行	〇〇 銀行 〇〇 支店		普通	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
			口座名義 (カナ)	健保 太郎 ケンボ タロウ			
私は、移送費の請求に関し、東宝健康保険組合が療養を担当した医療機関及び医師に照会し情報提供を受けることに同意致します。							
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日							
被保険者の 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1							
氏名 健保 太郎							
健康保険組合理事長 殿							

医師が記入するところ	傷病名	移送年月日	令和	年	月	日
	移送を必要と認めた理由(症状など)を入れて詳しく	医師の意見及び署名捺印必要				
	付添を必要と認めた理由					
	移送の経路及び方法					
	入院した病院又は診療所の名称					
	入院した期間	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	
	上記のとおり相違ありません。					
	令和	年	月	日		
	住所					
	医師又は歯科医師の氏名					印

委任状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。					
	令和	年	月	日	請求した	被保険者	移送費のうち
						被扶養者	
					被保険者の	住所	印
				代理人の	住所	印	
					氏名		
					氏名		
振込希望の銀行	銀行	支店	普通	口座番号			
			口座名義(カナ)				

■添付書類

移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。

- ・上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- ・第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。