

健保組合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

被保険者  
家 族

### 移送費承認・支給申請書(移送届)

健康保険被保険者証 記号	番号(右づめで記入)	申請日	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日
1 2 3 4	5 6 7 8	事業所名	○×△(株)
被保険者の氏名		所属(または出向先)	○×部 部 △ □
(氏) ケンポ 健保	(名) タロウ 太郎	被保険者住所	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×
連絡先	自宅	職場(外線)	×××-××××-×××× 内線 ×××-××××

被 保 険 者 記 入 欄	被扶養者が移送を受けるものであると	氏名	続柄	生年月日	昭 平・令 ○ 年 △ 月 × 日	
	移送年月日	平成 令和 ○ 年 △ 月 × 日	発病または負傷の年月日	平成 令和 ○ 年 △ 月 × 日		
	発病または負傷の原因	腸閉塞			第三者行為によるものですか	はい いいえ
	利用交通機関	・タクシー ・その他	・飛行機	移送に要した費用	円	
	移送先の医療機関	名称	○×病院		移送先の入通院区分	入院 通院
		所在地	◇◇県○△市◇町×-○-△			
委任状(任継者は記載不要)	日本製鉄健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 ○ 年 △ 月 × 日 被保険者氏名 健保 太					

医 師 ま た は 歯 科 医 師 記 入 欄	傷病名	腸閉塞	緊急移送の必要性	有 無	
	緊急移送が必要と判断した事由	手術が必要であったが、設備不足であったため			
	付添人の必要性	有 無	付添人が必要と判断した事由		
	移送経路	○○医院から××病院まで		移送年月日	平成 令和 ○ 年 △ 月 × 日
	上記のとおり移送の必要を認めます。 ※改ざん防止の観点から、記載内容を訂正する場合は二重線で訂正の上でサインをご記入下さい。				
	令和 ○ 年 △ 月 × 日	医療機関 所在地	◇◇県○△市◇町×-○-△		
		名称	○×病院 電話 ×××-××××-××××		
		医療機関 医師氏名	○△ ◇×		

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。  
(注)マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印

備考欄	
社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

健保記入欄	受付No.	
	支給決定額	円

【注意】上記の医師記入欄の記載内容を、被保険者等が修正・加筆した場合は、書類の改ざん(不正行為)とみなし、給付金