

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	被保険者等 記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所 及び部署名	●●株式会社 ●●支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	被保険者 氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎			生年月日 昭和 平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日
	被保険者住所 電話番号	〒123-4567 東京都●●区●●町1-2-3 ●●マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567			メールアドレス ●●@●●●●.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 平成 令和 ●● 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 歯科医師の 意見	移送対象者氏名	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 (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 電話 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 (実際に給付を受領する者)	氏名		

※未記入の場合は給与口座へのお振込みとなります。

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 信用金庫	●● 本店 支店	
	預金種別	●●普通 当座 ()	口座番号	1234567	口座名義 (カタカナ)

【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 (被保険者等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 ・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		