

## 健康保険 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 ××	番号 ××××	事業所名 (会社名)	××××株式会社	
	被保険者の 氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	×× 年 × 月 × 日
	被保険者の 住所	〒 ××× - ×××× 東京都江東区××-××-×				
	電話番号 (日中の連絡先) メールアドレス	TEL	03	( ×××× )	××××	
	E-mail	××××@××.××.××				

振込先 指定口座	金融機関名称	×××	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> その他 ( )	××××	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他 ( )	預金 種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
	口座番号	××××××		口座名義	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子		

申請内容	移送を受けた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 )				
	対象者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	×× 年 × 月 × 日	続柄	( 本人 )	
	傷病名	脳梗塞				
	発症または 負傷の原因	令和××年5月15日の明け方、自宅の脱衣所で倒れた				
	移送経路 (詳細に)	××××クリニックから、〇〇号線を利用し、〇〇通りから、×××総合病院				
	移送方法	民間の救急車				
	移送年月日	令和 ×× 年 5 月 15 日				
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 ( ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -				
	移送に要した 費用の額	12,000 円				
第三者行為に よるときはその 事実						
第三者の氏名 及びその住所	氏名 〒 -					

備考欄	
-----	--

受付日付印

上記のとおり申請いたします

提出日 令和 ×× 年 × 月 × 日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

## 健康保険 移送費 支給申請書

医師・歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由 (緊急を要するものであったかを含めて具体的に記入ください。)	緊急手術が必要であったが、当院では設備の関係上、手術が困難であり、×××総合病院にて手術を行う必要があったため。
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路(詳細に)	江東区×××クリニック→〇〇号線→〇〇通り→港区×××総合病院
	移送方法	民間の救急車
	移送年月日	令和 ×× 年 5 月 15 日
上記のとおり相違ありません。 <span style="float: right;">令和 ×× 年 × 月 × 日</span>		
〒 ××× - ×××× 住所 東京都江東区××-××-×		
医師または 歯科医師の 証明	医療機関 名称 ××××クリニック	
氏名 青木 太郎		

健保記入欄	資格取得日	資格喪失日	支給決定日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日