

被保険者 移送承認・移送費支給申請書  
 家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等の	記号		事業所の名称				
		番号						
	移送を受けた者の	氏名		生年月日	年	月	日	続柄
	傷病名				発病又は負傷の年月日	年	月	日
	発病又は負傷の原因				第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください		
	移送区間	から			まで	回数	回	
	移送期間	年	月	日	～	年	月	日
	利用交通機関				移送に要した費用 (領収証・領収明細書を添付)	円		
	振込(送金)を希望する銀行名等	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受領を委任する場合は、公金受取口座を利用できません。						
		フリガナ	銀行			本店	預金の種類	1. 普通 2. 当座
口座番号					口座名義人	フリガナ		
上記により申請します。 〒 _____ ユニチカ健康保険組合 殿 被保険者 住所 氏名 _____ 電話 ( _____ ) _____								
確認欄	<input type="checkbox"/> この申請については、申請者本人(被保険者)が作成したものです							
委任する時	上記申請金額の受領方を _____ 住所 _____ に委任します。 _____ 氏名 _____ _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者氏名							
備考欄	被保険者等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。(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。)							

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	傷病名							
	移送期間	年	月	日	～	年	月	日
	移送区間	から			まで			
	移送方法				医師・看護師の付添	要・不要	移送後	入院・入院外
	移送を必要と認めた理由 (緊急性の有無、移送方法・移送先選択・付添要の場合の医学的理由)							
	上記のとおり移送の必要を認めます。 医療機関 所在地 _____ 名称 _____ 医師名 _____ 電話 ( _____ ) _____	年 月 日						
※医療機関の所在地・名称はゴム印(スタンプ等)を使用してください。 記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)を記入してください。								

健 保 処 理 欄	承 認	移送期間	年	月	日	～	支 給	支給金額	円
		移送区間	年	月	日	から		まで	算定方法

[移送費の支給対象となる費用]

- ① 自動車、電車などを利用したときは、その運賃
- ② 医師や看護師の付き添いを必要としたときは、原則として一人までの交通費