

■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。
 (無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)
 ■健康保険組合へ**直接**ご提出ください
 (労務担当箇所を経由する必要はありません)

令和	年
款	保険給付
項	法定給付費
目	移送費

<記入時の注意事項>

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、被保険者が勤務している会社・部所名をご記入ください。
- ③ 「支払金融機関」欄の「銀行コード」および「支店コード」については、もし確認が困難であれば、無記入でも結構です。
「銀行コード」および「支店コード」以外は必ずご記入ください。

移 送

被保険者証 記号・番号	4000・1234567		請年 氷日 月 日	令和 年 月 日	
被保険者 氏名	フリガナ ケンボ タロウ 印	印	会社名 所 属	四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター (連絡先) 050-1234-5678	
傷病名	〇〇〇〇		発病または 負傷年月日	令和 年 月 日	
原因及び 傷病の経過	〇〇〇〇・.....				
移送を受けた理由	別紙添付のとおり		診療を受けた 医療機関	〇〇病院	
移送日	令和 年 月 日		移送に 要した費用	〇〇〇〇 円	
移送の方法 区間・回数	利用交通機関	利用区間	距離 (Km)	左の金額 (円)	
	〇〇〇	〇〇 ~ 〇〇	〇〇	〇〇〇〇 円	
		~			
傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実ならびに第三者の住所・氏名 (住所不明のときはその旨)	移送後 ○をつける		入院 ・ 入院外		
	移送先		〇〇病院		
支払金融機関 (被保険者 名義)	フリガナ 〇〇	コード	フリガナ 〇〇	コード	預金種別
〇〇銀行	9999		〇〇支店	999	普通 当座
					口座番号
					9999999

移送に要した費用						
支給査定額	控 除 額					
	移送費支給決定額					

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。
 2. 移送に要した費用の領収書を添付して下さい。
 3. 医師が発行した「移送に関する証明書」添付して下さい。
 4. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものといたします。

受付印

出納印

移送に関する証明書

<記入時の注意事項>

この用紙は保険医に証明してもらってください。

対象者氏名		住所	
傷病名			
移送を必要とする理由 (症状など詳細に)			
付添いがあった場合 その付添いを必要とする理由			
移送内容	経路		
	方法		
	年月日		

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称

保険医氏名

印