

■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	健康保険組合の理にわきま支給決定印			
目	移送費	取扱者	審査	事務長	常務理事

<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。

移 送 費 支

被保険者証 記号・番号	4000・1234567		請 求 年 月 日	令和 年 月 日
被 保 險 者 氏 名	フリガナ ケンボ タロウ 健 保 太 郎	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	被保険者の給与に含めて支払います。			

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に記入して下さい。
 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。

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