支給決定伺		支給決定　令和　年　月　日		決裁	常務理事	事務長	担当者	担当者
標準報酬月額		千円（　等級）						
支給額	法定給付	款　項　目	円					
	付加給付	款　項　目	円	取得日　.　.		備考		
	合　計		円	喪失日　.　.				

健康保険　□ 被保険者　□ 被扶養者　移送費支給申請書

オオゼキ健康保険組合理事長　殿

令和　年　月　日提出

保険者情					
被保険者等の	記号	番号	被保険者氏名	（フリカナ）	
住　所	〒　TEL				

申請内容					
傷病名		移送年月日	令和　年　月　日		
移送対象者の氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日	続柄	
発症又は負傷の年月日	令和　年　月　日	移送び経路及び方法	自		
移送に要した費用	円（領収書参照）		至		
			方法		
付添人氏名		住所	〒	続柄	
第三者行為に因る場合はその事実					
第三者の氏名		住所	〒		

医師又は歯科医師の意見				
移送を必要と認めた理由				
付添を必要と認めた理由				
入院した保険医療機関				
入院期間	令和　年　月　日 ～　令和　年　月　日 まで			日間
移送の経路及び方法	自	方法		
	至			

上記の通り相違ありません　令和　年　月　日

医療機関　所在地
名　称
担当医師名

請求者情報			
◆ 令和　年　月　日　上記のとおり請求します。　（請求者が被保険者の場合は押印不要です。）			
請求者氏名	（フリカナ）　㊞	被保険者との続柄	
請求者住所	〒　TEL		
振込先（被保険者死亡の場合）	銀行	口座番号（普通・当座）	
	支店	名義（ｶﾀｶﾅ）	

被保険者委任状欄	上記の申請について相違ないことを証明いたします。	
給付金の受領に関して、事業主に委任します。 令和　年　月　日 被保険者氏名	確認欄	【必須】 以下の内容を確認して ☑ してください。
	□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
		① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。
		② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

※ 請求上の注意

1 この様式は、被保険者又は被扶養者が、移送の承認を受けて、その移送に要した費用を申請するものです。
2 この申請が被保険者である場合は、申請の表題の「被保険者」を、被扶養者である場合は「被扶養者」を○で囲んで下さい。
3 この申請をするときは、「移送に要した費用の領収書（原本）」の添付と「医師又は歯科医師の意見」欄に証明を受けてください。

【訂正について】

※ ご記入いただいた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）をご記入下さい。
被保険者以外の請求者は訂正印をお願いします。

※（任意）被保険者のマイナンバー記載欄 ⇨ □□□□□□□□□□□□

（マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、本人確認をするため,①②のいずれか１点の添付書類が必要です。）
①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証（写）またはパスポート（写）　②個人番号カード（両面）の写し
(被保険者等の記号番号を記載した場合は記入不要です。)

受付印

オオゼキ健康保険組合
2024.12改版