

支給決定 何	支給決定 令和 年 月 日	決	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	裁	取得日 . .	備考	
	付加給付	款 項 目	円				喪失日 . .
	合計		円				

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

保険者情報	被保険者証の記号と番号	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	自	
	移送に要した費用 (領収書参照)	円	移送経路及び方法	至
	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 (かか)

被保険者委任状欄	給付金の受領に関して、事業主に委任します。	上記の申請について相違ないことを証明いたします。
	令和 年 月 日 被保険者氏名	確認欄 <input type="checkbox"/> 【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> 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

- 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。
- 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。
- 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

(被保険者証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  
2021.4.1改版