

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	千円 (等級)	裁				
記入例	項目	健保記載欄		取得日		備考
支	款 項目			喪失日		
				円		

健康保険 被保険者 移送費支給申請書
 被扶養者

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日提出

被 保 険 者	被保険者証 の記号と番号	記号 ××	番号 ××××	被保険者氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎
	住所	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 TEL ×× (××) ××××			

申 請 内 容	傷病名	大腿部骨折	移送年月日	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	
	移送対象者の 氏名	健保 太郎	生年月日	昭平・令 ×× 年 ×× 月 ×× 日 続柄 本人	
	発症又は負傷の 年月日	令和 ×× 年 ×× 月 ×× 日	移送経路 及び方法	自	東京都〇〇区
	移送に要した費用 円 (領収書参照)			至	神奈川県〇〇市
				方法	民間移送業者
	付添人氏名	健保 花子	住所	〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-2-3 続柄 妻	
	第三者行為に因る 場合はその事実	なし			
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	健保記載欄			
	入院期間	令和 年 月 日	年 月 日まで		日間
	移送の経路 及び方法	自	方法		
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 様	◆ 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	被保険者との 続柄		
	請求者住所	〒	TEL	

給付金は事業主経由で給付します。
 被保険者(在職者)が請求する場合は委任状欄へ署名をお願いします。

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 健保 太郎	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。 <input checked="" type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> 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」に✓を入れて下さい。
- 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/スポーツ(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。)

※ 備考欄を確認し☐へ✓をして下さい。