

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	●●株式会社 ●●支店 電話(内線) 03-1234-5678(999)
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎		生年月日	昭和 平成 ●●年●●月●●日
	被保険者住所電話番号	〒123-4567 東京都●●区●●町1-2-3 ●●マンション456号室 電話 03 (7891) 2345			
	社員番号	1234567		メールアドレス	●●@●●●.ne.jp

申請内容	移送対象者(該当に○)	○本人(被保険者) ・ 家族(被扶養者)		移送対象者氏名	健保 太郎		
	傷病名	急性骨髄性白血病		移送対象者の生年月日	昭和 平成 令和 ●●年●●月●●日		
	傷病又は負傷の原因	不明					
	発病又は負傷の年月日	令和 ●●年●●月●●日	移送年月日	令和 ●●年●●月●●日			
	移送の区間	自	●●市病院		移送の経路及び方法	経路	
		至	●●区病院			方法	ヘリコプター
	移送に要した費用の額	●●●●● 円		付添人の有無	有 ・ ○無		
やむを得ない理由で移送後に届け出る場合、その理由	旅行先の離島での事故で、島の診療施設では十分な診療を受けられず、医師の指示で緊急に転院したため						
交通事故等第三者が原因ですか	○いいえ ・ はい		業務上、通勤途上によるものですか	○いいえ ・ はい			
		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。			

医師又は歯科医師の意見	移送対象者氏名		移送年月日	令和 年 月 日
	傷病名	この欄は、担当した医師に記入を依頼してください		
	傷病又は負傷の原因			
	移送の経路			
	移送が必要と認められた理由 (付き添いがあったときはその付き添いを必要と認められた理由)			
上記の通り移送の必要を認めます。		住所 電話 氏名		
令和 年 月 日				

※受領委任する場合は、委任状に記入して下さい

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を下記代理人に委任します。		令和 年 月 日
	被保険者(申請者)	氏名	
	代理人(実際に給付を受領する者)	氏名	

振込先情報	金融機関コード	1234	支店コード	123
	金融機関名称	●●	銀行 信用金庫	●● 本店 支店
	預金種別	○普通 其他 当座 ()	口座番号	1234567
			口座名義(カタカナ)	ケンボタロウ

【添付書類】

1.移送に要した費用の領収書及び明細書

備考	個人番号(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要)		受付日付印
	※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点		

大同生命健康保険組合