

「移送費支給申請書」 記入の手引き <被保険者用>

(下記の丸文字は請求書の丸文字と照合してください。)

- ① 必ず記入ください。
- ② 保険証に記載されています。
- ③ 保険証に記載されています。
- ⑫ 傷病の原因が怪我の場合は、どこで何をしていた時等、具体的にご記入ください。病気の場合は、判明してる範囲で記入し、不明確の場合は「不詳」とご記入ください。
- ⑬ 交通事故等、第三者の行為により怪我をした場合には「はい」にチェック (✓) をつけてください。この場合、速やかに健保組合へその旨連絡してください。
- ⑭ 「はい」の場合は、速やかに健保組合へその旨連絡してください。
- ⑯ 移送が行われた期間の始と終わりの日、日数を記入ください。
- ⑳ 移送された医療機関等を記入ください。
- ㉒ 給付金は給料に含めて事業所 (会社) より支給されるため、被保険者が在籍している場合は、ご記入ください。退職予定の場合は、事業所 (会社) 担当者へ委任状が必要かどうか確認をお願いします。
- ㉓ 退職者または㉒の委任状が不要の方は、振込先をご記入ください。

〔添付書類〕

- 1. 移送に要した費用の領収書およびその明細のわかるもの (原本)
- 2. 移送を必要とする医師の意見書 (原本)

□には該当する方に☑を付してください。

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書

(受付印)

<被保険者記入用>

① 当組合へ提出する日を必ず記入ください。

健康保険組合より問合せする場合は連絡先をご記入ください。

TEL 職場 自宅 携帯

① 提出日 令和 年 月 日

② 被保険者証 記号 番号

③ 事業所名 (会社名)

④ 被保険者氏名 (フリガナ) ⑤ 生年月日

⑥ 現住所 (〒 -) (電話)

⑦ 移送を受けた者の氏名 ⑧ 続柄 ⑨ 生年月日

⑩ 傷病名 ⑪ 発病または負傷年月日 平成 年 月 日 令和

⑫ 発病または負傷した原因 (どこで) (どのようにして)

⑬ 第三者行為によるものですか いいえ はい ⑭ 業務上または通勤途上での傷病ですか いいえ はい ※「はい」の場合は移送費支給申請に該当しない場合があります。

⑮ 診療を受けた医療機関 名称 住所

⑯ 移送期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間

⑰ 移送経路 ⑱ 移送回数 回 ⑲ 距離 Km

⑳ 利用交通機関 ㉑ 移送後 入院 入院外

㉒ 移送先 (施設等) 名称 住所

㉓ 移送に要した費用 円

㉔ 付添人の有無 あり なし ありの場合 氏名 住所

㉕ 移送を必要とする理由 また付添人が必要な場合の理由

㉖ 被保険者が在籍の場合 委任状 給付金の受領を事業主へ委任します。 被保険者署名

㉗ 被保険者が退職後 (予定) の申請の場合 振込先 銀行・農協 支店 預金種別 普通 当座 信金・信組 出張所 口座番号 口座名義 (フリガナ)

3. 記入方法は、この太枠欄の訂正は二重線で抹消し、訂正印を押印してください。訂正印を押印しては、「記入の手引き」を確認してください。(修正液・修正テープ等での訂正は認められません。)

