

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 0 0 1	0 0 0 0 0 0 0 0		
	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ	健保 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 541 - 0000)	大阪	都道府県	〇〇区△△1-2-3
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 06 (0000) 0000				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。</small>				
	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 ケンポ° ハナコ				

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	移送を受けた方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 健保 花子)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 1 年 4 月 1 日 続柄(本人)
	傷病名	左大腿骨骨折
	発病または負傷の原因	※ケガの場合は負傷原因届と併せてご提出ください
	発病または負傷の年月日	令和 1 年 4 月 1 日
	移送経路	大阪難波 から 大阪市天王寺区本町
	移送方法	症状が重篤なため寝台タクシーを利用
	移送年月日	令和 1 年 4 月 1 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	15,000 円
	第三者行為によるときはその事実	
第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 -	

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	緊急に手術を要するも当院に設備がなく、また症状重篤のため寝台タクシーで施設の整った中央病院に搬送する必要があったため
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	大阪市中央区難波 から 大阪市天王寺区本町
	移送方法	症状が重篤なため寝台タクシーを利用
	移送年月日	
上記のとおり相違ありません。		令和 ○年 ○月 ○日
住所 〒 542-0000		大阪市中央区難波○-○-○ △△△病院 (03-3320-1100)
医師または歯科医師の氏名 浪速 太郎		