

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

医師の指示で移送され、医師の証明が必要な申請となります。
事前に当健康保険組合の承認を受けて下さい。

被保険者(申請者)

記入例

家族の申請の場合でも、この欄は被保険者名(申請者)となります。

記号番号がわからない場合マイナンバーを記入

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 1 7 6 5	番号 3 2 1		
	氏名	(フリガナ) シナガワ ハルオ 品川 春夫	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年 月 日 3 4 9
	住所	(〒 223 - 3445) 神奈川県 横浜市 ●●区 ▲▲	都道府県	神奈川県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (5432) XXXX			7 - 8 - 9

☐ 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	☐ 現) ← チェックはしないでください 現在、当組合では直接被保険者へお振込みしております。				
	金融機関 名称	▲ ▲ ▲ 銀行 金庫 信託 農協 協同 農協 農協 農協 その他 ()	大井	本店 支店 出張所 本所 支所	
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	× × × × × × × ×	

▼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。

口座名義 (カタカナ)	シ ナ カ ヰ ワ ハ ル オ								
----------------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者名義の口座情報をご記入ください。

次のページで詳細をご記入ください

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。》》

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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	☐ 被保険者・ ☒ 被扶養者（氏名 品川 夏美 ）		
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 5 年 7 月 9 日	続柄(妻)	
	傷病名	白血病		
	発病または負傷の原因	不詳		
	発病または負傷の年月日	令和 Y 年 M 月 D 日		
	移送経路	●●病院→△△がんセンター		
	移送方法	民間救急車		
	移送年月日	令和 Z 年 L 月 E 日		
	付添人の有無 及びその住所	☐ 有（氏名 ）・ ☒ 無 〒 -		
	移送に要した費用の額	86,000 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	この欄に、移送を認めた医師等に、記入(証明)を依頼してください。
	付添を必要と認 めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
	上記のとおり相違ありません。	
	住所	
医師または歯科医師の 氏名	----- 氏名	