

健康保険

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

◎この申請書は、被保険者及び被扶養者について移送の承認があった場合に、その費用の支給を受けるため申請するものです。
◎この申請書には、移送に要した費用の領収書を必ず添付してください。
◎傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの書類に添付してください。
◎証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者	記 号		生年月日		昭和・平成 年 月 日生			
		番 号							
	被 保 険 者 (請 求 者) 氏 名	フリガナ		事 業 所 の	名 称				
					所 在 地				
	被 保 険 者 (請 求 者) 現 住 所	〒				自 宅 電 話			
						携 帯 電 話			
	被扶養者が移送を受けたための請求であるときはその方の	氏 名		生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者 との続柄		
	傷 病 名					発 病 また は 負 傷 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
	発 病 また は 負 傷 の 原 因					第三者行為に よるものですか		0 : いいえ 1 : はい	
	診療等の支給または 手当てを受けた病院の	名 称				診療を担当した医師等の氏名			
所 在 地									
移 送 区 間	移 送 区 間				移送後		移送先		
	フリガナ		フリガナ		0 : 入院 1 : 入院外		病院		
	から	まで							
	移 送 期 間 (支 給 期 間)				移送回数	移送に要した費用の額			
	(自) 令和 年 月 日		(至) 令和 年 月 日		回	円			
	距 離	利用交通機関		備 考					
	km								

委 任 状	被保険者	本請求に基づく給付金に関する受領方を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日			
		住 所			
		氏 名			
	受領 代理人	住 所			
		氏 名		委任者と代理人 との関係	
		電話番号			

東京都自動車整備健康保険組合
受付日付印

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

患者氏名	
傷 病 名	
移送を必要とする理由 症状、その他具体的に 記入してください。	
移送年月日	
移 送 費 用	
移送の方法	
移送の経路	
移送の回数	

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和 年 月 日

住所

医師の

氏 名

電話 ()

※数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を二重線で抹消し、その部分へ訂正者の氏名を記入してください。