

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	1234		生年月日	昭和・平成 40 年 6 月 7 日生	
		番 号	567				
	被 保 険 者 (請 求 者) 氏 名	フリガナ	トウキョウ タロウ		事業所の 所在地	株式会社〇〇〇〇自動車	
		東京 太郎	東京都港区芝公園〇-〇-〇				
	被 保 険 者 (請 求 者) 現 住 所	〒	105-0011 東京都港区芝公園〇-〇-〇			自宅電話	03-xxxx-xxxx
						携帯電話	090-xxxx-xxxx
	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	脳梗塞				発病または 負傷年月日	昭和・平成・令和 5 年 6 月 7 日
	発病または 負傷の原因	家事中に激しい頭痛がして倒れた				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	〇〇病院		診療を担当した医師等の氏名	自動車 太郎	
所在地		東京都新宿区西新宿〇-〇-〇					
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	xx 病院	
	〇〇病院 から		xx病院 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 5 年 6 月 10 日		(至) 令和 5 年 6 月 10 日		1 回	xx, xxx 円	
	距 離	利用交通機関		備 考			
	100 km	患者輸送車					

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 5 年 6 月 20 日			
		住 所	東京都港区芝公園〇-〇-〇		
		氏 名	東京 太郎		
	受領 代理人	住 所	東京都港区芝公園〇-〇-〇		
		氏 名	健保 次郎	委任者と代理人 との関係	事業主
		電話番号	03-xxxx-xxxx		

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	東京 太郎
傷 病 名	脳梗塞
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。	歩行困難な状態であり、設備の整った病院で 緊急手術を行う必要があったため。
移送年月日	令和 5 年 6 月 10 日
移 送 費 用	xx, xxx 円
移送の方法	患者輸送車
移送の経路	〇〇病院から××病院
移送の回数	1 回

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和 5 年 6 月 15 日

住 所 東京都港区芝公園〇-〇-〇
医師の
氏 名 東京 太郎

電 話 03 (× × × ×) × × × ×

※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。