健康保険
移送費支給申請書

常務理事	事務長	担当
☐	☐	☐

令和 4 年 8 月 1 日提出

被保険者情報	事業所	住吉工場
	住所 電話番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ■■■県■■■市■■■区■■■町●-●-● TEL: 090 (1234) 5678
	記号番号	●● - ●●●●●● 被保険者証に記載している 記号番号を記入してください
	氏名	栗本 空

記入見本

移送対象者情報 被保険者記入欄	氏名	栗本 空	続柄	本人	生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	年	月	日						
	傷病名	脳内出血				発病または 負傷年月日	☐ 平成 ☒ 令和	年	月	日					
	発病または 負傷の原因	頭痛が続いたため病院を受診													
	移送期間	令和	年	月	日	~	令和	年	月	日	まで	1 日間	移送に 要した費用	12,000	円
	移送経路	●▲医院 ~ ▲■●総合病院			移送の 方法	☐ タクシー ☒ 病院付属専用車 ☐ 貸切寝台車 ☐ その他									
	移送を必要 とした理由	詳しい検査をした結果、手術が必要となり 専門技術のある病院へ移る													
付添人の 有無	☒ 有 ☐ 無	付添人氏名		続柄	付添人氏名		続柄								
	※有の場合ご記入ください		栗本 海		妻										

医師の意見欄	傷病名	脳内出血
	移送を必要 とした理由	緊急手術が必要であったが、当院では設備の関係上、手術が困難であり、 ▲■●総合病院にて手術を行う必要があったため。
	上のおり移送が必要と認めます。 令和 4 年 7 月 29 日	
	医療機関住所	■■■県▲▲市●●●区■■■町●-●-●
	医療機関名称	●▲医院
	医師氏名	●▲ ■■
	電話番号	●● - ●●●● - ●●●●

医師の証明をもらってください。

※移送に要した費用の領収書を添付ください。

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要)	____

必ず確認の上 チェック!

被保険者確認欄	事業主確認欄
この届出について、以下の要件を満たしたものである	この届出について、以下の要件を満たしたものである
☒ 申請者本人(被保険者)が作成した 或いは 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している	☒ 事業主が記載内容に誤りがないか確認している
☒ 移送費の受領方を事業主に委任する (必ずチェック願います)	必ず確認の上 チェック!

※健保記入欄
支給決定金額
円