

(第 回)

| | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------|-----------------------------|--|
| 被保険者（申請者）情報 | 被保険者証の (右づめ) | 記号 [][][][] | 番号 [][][][][][][] | 生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 |
| | 氏名 (※被保険者死亡の時は申請者の氏名) | (フリガナ) _____ | | 事業所 名称 |
| | 住所 | (〒 [] - []) | 都 道 府 県 | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | TEL ([]) | | |

| | | | |
|---------|------------|---|----------------------------|
| 振込先指定口座 | 金融機関 名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ([]) | 本店 支店 出張所 本所 支所 |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 [][][][][][][] |
| | 口座名義 | ▼カタカナ(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。) | 左づめでご記入ください。 |
| | 口座名義の区分 | <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人 | |

口座名義の区分が「2」の場合は必ず記入してください。

| | | | | |
|---------|-------------------|--------------------------------|----------------------------|---------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者 (申請者) | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 | | 令和 年 月 日 |
| | | 氏名 | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ | |
| | 代理人 (口座名義人) | 住所 | (〒 [] - []) TEL ([]) | 委任者と 代理人との 関係 |
| | ※代理人が署名 してください | (フリガナ) _____ | 氏名 | |

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(元.12)

※被保険者が亡くなられ、相続の方が請求される場合は、申請される方の氏名をご記入下さい。(住所・振込口座も同様です。)生年月日は「被保険者」の生年月日をご記入下さい。また、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。

受付日付印

備考欄

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

1/2

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

○移送費が支給される事例

- ・離島等で疾病等にかかり、その症状が重篤であり、かつ、傷病が発生した場所の付近の医療施設では必要な医療が著しく困難であるため、必要な医療の提供が受けられる最寄りの医療機関に移送された場合
- ・移動困難な患者であって、患者の症状から見て当該医療機関の設備等では十分な診療ができず医師の指示により緊急に転院した場合

×移送費の不支給事例

- ・近くに十分な治療を受けられる病院があるにも関わらず、離れた病院へ移送する場合
- ・症状が安定したので、急性期病院から療養型病院への転院を医師に勧められた場合
- ・旅行先・出張先等で入院し、治療を受けた後、自宅近くの病院へ移送する場合
- ・自宅から通院するためにかかる交通費

| | | | | | | |
|------------------|-------------------------|-------------------|---|---|-------|-------|
| 申請内容 | 移送を受けた方 | □ 被保険者・□ 被扶養者(氏名) | | | | |
| | 移送を受けた方の生年月日及びその続柄 | 昭和・平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 続柄() |
| | 傷病名 | | | | | |
| | 発病または負傷の年月日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 発病の原因および経過(詳しく) | | | | | |
| | 移送経路 | | | | | |
| | 移送方法 | | | | | |
| | 移送年月日 | 令和 | 年 | 月 | 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 | 円 ※領収書の原本を申請書に添付してください。 | | | | | |
| 第三者行為によるときはその事実 | ※「第三者行為負傷届」が別途必要です。 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | 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。 | 令和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 住所 | 〒 | - | | | |
| 医師または歯科医師の | 氏名 | | | | | |
| | 氏名 | | | | | |