

(被保険者・被扶養者) 移送費申請書

健 保 組 合			事業所 確認者名
常務理事	事務長	担当	

申請日 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号-番号	—	被保険者名 及び 生年月日	(フリガナ) 昭・平 年 月 日生			
	住 所	〒		電話 (携帯) 番号 — —			
	事業所 (店) 名			所属			
	移送を受けた者 の氏 名			生年月日	昭・平・令 年 月 日生	続柄	
	傷 病 名			傷病または負傷の 年月日	年 月 日		
	移送の経路及び 方法			移送に要した費用	円		
	付添人の氏名 及び住所		住 所				
	第三者行為に因る ときはその事実						
第三者の氏名及び 住所		住 所					

医 師 ・ 歯 科 医 師 の 意 見	移送を必要と認めた理由						
	付添を必要と認めた理由						
	入院した病院または 診療所の名称						
	入院した期間	年 月 日から		年 月 日までの		日間	
	移送の経由及び方法						
	上記のとおり相違ありません					年 月 日	
	住 所						
	医療機関名						
	医師又は助産婦の氏名						

委 任 状	年 月 日					
	私は事業主を代理人と定め、次の権限を委任する。					
	年 月 日に請求した(被保険者・被扶養者)移送費の受領に 関すること。					
	被保険者の住所 氏名					
代理人(事業主)の住所 名称 氏名						

受付印

資格取得日	年 月 日
資格喪失日	
支給日	年 月 日
支給額	円

移送費には以下の事項を全て満たすことが必要です。

- ①移送により法に基づく適切な治療を受けたこと
- ②移送の原因である疾病又は負傷により移動することが著しく困難であったこと
- ③緊急その他やむを得なかったこと

注

- ①この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収証等)を添付してください。
- ②上記の書類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。