

被保険者 移送費支給申請書  
被扶養者

記入見本

被保険者証の記号番号 1010-1234		被保険者氏名 健保 太郎		事業所の名称 日本触媒 大阪本社	
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用です)				退職者、任意継続者はblank	
移送を受けた者の	氏名 健保 花子	生年月日	被保険者との続柄		
傷病名 左大腿骨骨折	発	移送費とは、病気やけがで移動が困難なときに <b>医師の指示</b> で一時的・緊急的の必要があり 別の病院などに移送された場合に支給されます。			
発病又は負傷の原因	歩行困難で、医療機関の設備で十分な診療が出来な いため、医師の指示で緊急に転院したため			移送年月日 R5年11月5日	
移送経路 大阪市〇〇から吹田市の△△総合病院まで			移送方法 タクシー		
付添人の	医師や看護師等の付添があった場合に記入。(家族等は除く)				
第三者行為による ときはその事実	第三者行為による病気やけがが原因の場合は 併せて「第三者行為による傷病届」等を提出すること				
上記のとおり申請します。		請求者住所	大阪市中央区〇〇		
R5年12月10日		氏名	健保 太郎		
日本触媒健康保険組合理事長殿		電話番号	06-XXXX-XXXX		

被保険者の記入欄

被保険者・事業主の記入欄

委任状 日本触媒健康保険組合より支給される給付金の受領に関する一切の権限を 下記の者に委任いたします。		退職後の請求者には 直接銀行振込します。
R5年12月10日		口座名義人 (カタカナ)
被保険者住所 氏名 健保 太郎 大阪市中央区〇〇	退職後の請求者のみ記入 在職中は不要(給与振込み)	普通・当座 口座番号
上記委任を受任いたします。	在職中の請求⇒被保険者が記名し 事業所へ提出	
被委任者 氏名	退職後の請求⇒記入は不要 直接健保へ提出	
日本触媒健康保険組合理事長殿		

資格取得	年 月 日			年 月 日	年 月 日
支給決定金額	円	常務理事	事務長	係	備考

組合の記入欄

受付印

医師又は歯科医師の意見

移送を必要と認められた理由	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;">                 症状、その他移送が必要な理由を具体的に記入してください。             </div>		
付添を必要と認められた理由	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;">                 付添人の人数と必要な理由を記入してください。             </div>		
入院した病院又は診療所の名称			
入院した期間	年 月 日から	日間	移送年月日
	年 月 日まで		年 月 日
移送経路		移送方法	
上記のとおり相違ありません。			
年 月 日	医療機関住所 氏名 電話番号		

### 【記入上の注意と添付書類について】

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（領収書）を添付してください。
2. 付添人の氏名及び住所は医師・看護師が付き添いした場合に記入します。
3. 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。