

チェック必須

移送費承認申請書・移送届・私

《 記 入 例 》

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、請求者(被保険者)本人が記入・確認しました。		
		<input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。		
①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名	健保 太郎	
③被保険者の住所 <small>※支給決定通知書の送付、及び不備書類返却の際に使用します</small>		〒 111-1111 〇〇県△△市××町99-99		
④日中連絡の取れる電話番号 <small>※お問い合わせの際に使用します※複数可</small>		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	090 - 1111 - 1111	
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	999 - 9999 - 9999	
		メールアドレス： taro.kenpo@〇〇〇.▽▽		
⑤被保険者の本籍会社名 <small>※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要</small>		〇〇××株式会社		
⑥被扶養者に関する 申請の時		被扶養者氏名 健保 一郎	生年月日 昭・ 平 令 10 年 7 月 10 日	被保険者との続柄 長男
⑦負傷又は発病の年月日	令和 3 年 2 月 頃 日 <small>(負傷の場合: 時頃)</small>	⑧第三者による ものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑨傷病名	慢性腎不全			
⑩発病又は負傷の原因	先天性			
⑪診療を受けた 医療機関の	(a)名称	〇〇市立△△総合病院		
	(b)所在地	〇〇県〇〇市▽▽町1111		
⑫移送を必要とする又は 移送を受けた	(a)理由	腎移植のため臓器の搬送		
	(b)区間	△△総合病院 から	経由	〇〇〇大学病院 まで
	(c)回数	1 回	(d)移送距離	80 km
	(e)利用交通機関	新幹線		
(f)移送年月日	令和 5 年 2 月 4 日	(g)移送に要した費用	80,000 円	

⑦~⑫については
お分かりになる範囲での記入
で結構です

医師が記入するところ	⑬ 傷病名	⑭健康保険で療養を開始した日	令和 年 月 日
	⑮移送を必要と 認めた区間・回数	回	
	⑯移送を必要と 認めた理由 (病状等を 入れ詳しく)		
	上記の理由で移送の必 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号 ()		

**病院で詳しく証明(記入)してもらう
または、病院から発行される証明書等を添付**

退職者・退職予定者	この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入	
	退職している 退職の予定あり	退職被保険者は記入
	振込先口座 ●どちらか一方を記入	口座名義人
<p>在職中または1か月以内に退職予定のない方は 記入不要</p>		
<p>□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</p>		

注意事項

忘れずに添付してください

- 訂正する場合は二重線で抹消し、自筆でサインをしてください。
- 移送費に要した費用の『領収証(原本)』を添付してください。
- 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)

受 付 印

チェック必須

移送費承認申請書・移送届・

《 記 入 例 》

◆申請者確認欄 (チェック必須)		<input checked="" type="checkbox"/>	記載内容については、請求者(被保険者)本人が記入・確認しました。	
		<input checked="" type="checkbox"/>	在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。	
①被保険者証の 記号・番号	記号	999-	番号	999999
②被保険者の氏名		健保 太郎		
③被保険者の住所 <small>※支給決定通知書の送付、及び不備書類返却の際に使用します</small>		〒 111- 1111 〇〇県△△市××町99-99		
④日中連絡の取れる電話番号 <small>※お問い合わせの際に使用します※複数可</small>		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	090 - 1111 - 1111	
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	999 - 9999 - 9999	
		メールアドレス : taro.kenpo@〇〇〇.▽▽		
⑤被保険者の本籍会社名 <small>※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) ※任意継続被保険者・特例退職被保険者記入不要</small>		〇〇××株式会社		
⑥被扶養者に関する 申請の時	被扶養者氏名	生年月日	被保険者との続柄	
	健保 一郎	昭・平 令 14年 7月 10日	長男	
⑦負傷又は発病の年月日	令和 5年 2月 4日 (負傷の場合: 13時頃)	⑧第三者による ものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑨傷病名	四肢骨折・全身打撲・右肺挫傷			
⑩発病又は負傷の原因	旅行先の離島で車を運転中にカーブを曲がりきれず、ガードレールに激突			
⑪診療を受けた 医療機関の	(a)名称	△△△診療所		
	(b)所在地	〇〇県□□市▽▽村1111		
⑫移送を必要とする又は 移送を受けた	(a)理由	緊急手術が必要だったが、島内の病院には設備がなかった為		
	(b)区間	△△△診療所 から	経由	〇〇〇大学病院 まで
	(c)回数	1 回	(d)移送距離	50 km
	(e)利用交通機関	ヘリコプター		
(f)移送年月日	令和 5年 2月 4日	(g)移送に要した費用	321,230 円	
⑬傷病名	⑭健康保険で療養を開始した日		令和	年 月 日
⑮移送を必要と 認めた区間・回数			(b) 回数	回
⑯移送を必要と 認めた理由 (病状等を 入れ詳しく)	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; text-align: center;"> 病院で詳しく証明(記入)してもらおう または、病院から発行される証明書等を添付 </div>			
上記の理由で移送 医療機関の 医師の氏名				
電話番号	()			
この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入				
退職者・退職 予定者	退職している 退職の予定	<div style="border: 2px solid yellow; padding: 10px; text-align: center;"> 在職中または1か月以内に退職予定のない方は 記入不要 </div>		別退職被保険者は記入
振込先口座 ●どちらか一方を記入				口座名義人
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 <small>(注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>				

注意事項

忘れずに添付してください

受 付 印

- 訂正する場合は二重線で抹消し、自筆でサインをしてください。
- 移送費に要した費用の『領収証(原本)』を添付してください。
- 提出された申請書及び添付書類については返却致しません。(不備書類の場合を除く)