チェック必須

移送費承認申請書‧移送届‧

《記入例》

	◆申請者確認机 (チェック必須)	ij ✓	記載内容につい 在職中の給付金							
	①被保険者証の 記号・番号	記号 999_	^{番号} 999	999	②被(保険者の氏名		健保 太	igk	
	③被保険者の住所		∓ 111 − 1				_			
	※支給決定通知書の送付、 際に使用します	及ひ个偏書類返却()	○○県△△市××町99-99							
被保険者が記入するところ	 ④日中連絡の取れる電話番号		□自宅□勤務务		090		- 111	•		
	※お問い合わせの際に使用	用します※複数可		□自宅 ⑤ 勤務先 □携帯 999 - 9999 - 99 ×ールアドレス: taro.kenpo @○○○.▽▽				14		
	⑤被保険者の本籍会社名 ※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									
	① 依		by the distribution of t		月 10日		者との続柄 <mark>男</mark>			
	⑦負傷又は発病の年月日		·和 <mark>3</mark> 年 <mark>2</mark> 月 <mark>頃</mark> 日 (負傷の場合: 時頃)		8第三者による ものですか		□はい 🗹 いいえ			
	9傷 病 名		慢性腎不:	慢性腎不全		7	A-MI	ついては		
	⑩発病又は負傷の原因		先天性	先天性			お分かり	になる範囲	での記入	
	⑪診療を受けた	(a)名称		□市立△∠	△総合病	院	で結構で	5		
	医療機関の	(b)所在地	00			1111				
		(a)理由 臂)理由 腎移植のため臓器の搬送							
	②移送を必要と する又は 移送を受けた	(b)区間 △△ 総合病院 から				経日	± O(○ 大学病 》	完 まで	
		(c)回数 1 回 (d)移送距離 80		30 km	♪ km (e)利用交通機関		新幹線			
		(f)移送年月日	令和 5 年	E <mark>2</mark> 月	4 日	 (g)移送に要し	 ルた費用	80.00	00 円	
	③ 傷 病 名		i		①健康 (2)除	で痞毒を開始し	. <i>t</i> -日 会新	1 年	月日	
	⑤移送を必要と									
医師	認めた区間・回数									
が記	⑩移送を必要と 認めた理由	病院で詳しく証明(記入)してもらう								
人す	「病状等を 入れ詳しく」 または、病院から発行される証明書等を添付									
ると	上記の理由で移送の必									
ころ	医療機関の名利									
	医師の氏名									
			電話番号	()					
2日	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	退職している 退職の予定あり ような またま これ またまま これ またまま これ またまま これ またままま これ またまま これ またままま これ またまままままままままま									
•	在職中または1か月以内に退職予定のない方は 「□座名義人							座名義人		
職予	退職 予定 者					記入不要				
定										
者	□ マイナポータル等で事	前登録した公金受明	□□座を利用します。							
者	□ マイナポータル等で事 注)口座情報の反映には			人を指定する場	易合は、公金受	取口座を利用でき	ません。			

注意事項

忘れずに添付してください

付 印

- 1.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
- 2.移送費に要した費用の『領収証(原本)』を添付してください。
- 3.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)

チェック必須

移送費承認申請書•移送届•

//	40	ATT-1	14
$\boldsymbol{\ell}$		(5)	》
- 11	56	171	

	◆申請者確認欄 (チェック必須)			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。 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 99	· 香·	^号 9999 9		保険者の氏名	健傷	大郎		
	③被保険者の住所	3被保険者の住所			₹ 111- 1111					
	※支給決定通知書の送付、 際に使用します	及び不備書類	返却の	○○県△△市××町99-99						
				□自宅 □勤務先 🗹			- 1111			
	④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します※複数可		可 	□自宅 ■勤務先 □	•		- 9999			
	 ⑤被保険者の本籍会社名			メールアドレス: taro.Kenpo@○○○.▽▽						
被保	※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									
険者				養者氏名		主 年 月 日		被保険者との	続柄	
者が記入するところ	申請の時		健保	•	昭・中)令	· 14年 7月	10日	長男		
	⑦負傷又は発病の年月日		令和 (1	5 年 2 負傷の場合: 13	月 <mark>4</mark> 日 時頃)	⑧第三者による ものですか	□ lā	tu 🗹 uu	ハえ	
	9傷 病 名			四肢骨折・釘	身打撲・右	5肺挫傷				
	⑩発病又は負傷の原因 旅			旅行先の離島で車を運転中にカープを曲がりきれず、ガードレールに激突						
	①診療を受けた	(a)名	称		診療所					
	医療機関の	(b)所	在地	〇〇 県	□□ホ▽▽	村1111				
	②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	ΔΔ.	△ 診療所 から	,	経由	0007	学病院	まで	
		(c)回数	1 🖪	(d)移送距離	50 km	(e)利用交通機関	関 ^	リコプター		
		(f)移送年	F月日 f	· 令和 5 年	2月 4日	(g)移送に要した	-費用	321.230	円	
	③ 傷 病 名				4健康保险	食で療養を開始した	-日 令和		日	
医	 ⑮移送を必要と							(b)		
師が	認めた区間・回数	回数 回								
記入	⑩移送を必要と 認めた理由	病院で詳しく証明(記入)してもらう								
入する	(病状等を 入れ詳しく)	または、病院から発行される証明書等を添付								
ح ا	上記の理由で移送		10, 1			AIT-11.9	44 C 1/1/11 2	日		
3	医療機関							Н		
	医師の氏			電話番号	()			4		
	この請求書を	提出する	る時点で		いる方または	************************************	退職予定がある	る方は記入		
退職	退職してい		3,,,,,					1退職被保険	者は記入	
職者・	在職中きたは1か月以内に退職予定のない方は _{口座名義人}									
退職	振込先口座 記入不要									
退職予定者	●どちらか一方を記入									
者	□ 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、公全受取口座を利用できません。									
	注意事項	O- <u>11</u> 9所/19 フダ入ト		しいに、文化「や主八と」		ずに添付して	ください		\	

. 受 付 印

- 1.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す
- 2.移送費に要した費用の『領収証(原本)』を添付してください。
- 3.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)