

被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

| | | | | | | | | |
|------------|--------------------|----------|---|--------|---------|---|-------|-----------------------------|
| 被保険者記入欄 | 被保険者証 記号番号 | | | 被保険者氏名 | | | | |
| | 事業所名 | | | | 電話番号 | | | |
| | 対象者氏名 | 続柄 | | | 生年月日 | S・H・R | 年 月 日 | |
| | 傷病名 | | | | | | | |
| | 発病または 負傷の原因 | いつ | H・R | 年 | 月 | 日 | どこで | |
| | | どのように | | | | | | |
| | | 勤務時間中ですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | 通勤途上ですか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | 交通事故等の 第三者行為に よるものですか |
| | 移送年月日 | H・R | 年 | 月 | 日 | 移送に要した 費用 | 円 | |
| | 移送区間 | | | | 移送方法 | | | |
| | 移送を受けること になった理由 | | | | | | | |
| 被保険者氏名(自筆) | | | | | | | | |

支給金額の受領を事業主に委任いたします。

※移送に要した費用の領収書原本と明細書を添付すること。

| | | | | | | | |
|--------------------|------------------|------------------------------|----|-----|---|--|------------------------------|
| 医師意見記入欄 | 対象者氏名 | | | 傷病名 | | | |
| | 移送年月日 | H・R | 年 | 月 | 日 | | |
| | 移送区間 及び方法 | | | | | | |
| | 移送を必要と 認める理由 | | | | | | |
| | 付添人の有無 と氏名・住所 | <input type="checkbox"/> 有 → | 氏名 | | | | <input type="checkbox"/> 医師 |
| | | <input type="checkbox"/> 無 | 住所 | | | | <input type="checkbox"/> 看護師 |
| 付添を必要と する理由 | | | | | | | |
| 上記の通り相違ないことを証明します。 | | | | | | | |
| R 年 月 日 所在地 | | | | | | | |
| 医療機関 名称 | | | | | | | |
| 保険医氏名 | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------|------------|------|-----|----|------|
| 組合 記入 欄 | 支給並びに支出決済伺 | | | | |
| | 移送方法 | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 健保受付 |
| | 移送区間 | | | | |
| | 支給決定額 | 円 | | | |