

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	99 - 999999	被保険者氏名	健 保 〇 〇		
	事業所名	〇〇〇〇株式会社 〇〇部〇〇課〇〇係		電話番号	8-30-〇〇〇〇、03-6716-〇〇〇〇	
	対象者氏名	健 保 △ △	続柄	長男	生年月日	S・H(R) 1 年 5 月 5 日
	傷 病 名	呼吸障害				
	発病または 負傷の原因	いつ	H・R 1 年 5 月 6 日	どこで	〇〇産婦人科	
		どのように	不詳			
		勤務時間中ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	通勤途上ですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" 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 1 年 5 月 6 日			移送に要した 費用	〇, 〇〇〇 円
	移送区間	〇〇産婦人科→△△市民病院			移送方法	ドクターズカー
	移送を受けること になった理由	呼吸障害が認められ、NICUでの入院加療が必要となったため				
支給金額の受領を事業主に委任いたします。 被保険者氏名(自筆) 健 保 〇 〇						

※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	移送元の医療機関の医師より証明を受けてください				
	付添人の有無 と氏名・住所	<input type="checkbox"/> 有 <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	専務理事	専務員	担当	健保受付
	移送区間	健康保険組合記入欄のため、何も記入しないでください			
支給決定額	円				