

支給決定額	円	資格取得日	年	月	日
		資格喪失日	年	月	日
移送方法		備考			
移送経路					

健康保険 移送費 支給申請書

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和			
	住所	(〒 -)	都 道	<input type="checkbox"/> 平成			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	府 県	<input type="checkbox"/> 令和			

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	ゆうちょ 記号-番号	左づめでご記入ください。	
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
		(フリガナ) 氏名・印	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R3.4)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)			
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 年 月 日	続柄()		
	傷病名				
	発病または負傷の原因				
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日			
	移送経路				
	移送方法				
	移送年月日	令和 年 月 日			
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有(氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -			
	移送に要した費用の額	円			
	第三者行為によるときはその事実				
第三者の氏名 及びその住所	氏名 ----- 〒 -				

医師・ 歯科医師 記入欄	移送を必要と 認めた理由				
	付添を必要と認 めた理由				
	移送経路				
	移送方法				
	移送年月日				
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日			
	住所 〒 -				
	医師または歯科医師の ----- 氏名				

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 健保 華子)	
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 ●●年 1月 10日	続柄(長女)
	傷病名	△△臓器移植	
	発病または負傷の原因	胸の痛みがひどく、救急搬送され病院で診てもらったところ臓器移植となった。	
	発病または負傷の年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日	
	移送経路	●●島からヘリで●●ヘリポート、国道●号、県道●号線を経由して目的地まで最短経路を利用。	
	移送方法	●●ドクターヘリおよび救急車 各1回	
	移送年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日	
	付添人の有無及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 保健太一(医師)) ・ <input type="checkbox"/> 無 〒●●●● - ●●●● ●●県●●●●市～	
	移送に要した費用の額	●●,●●● 円	
第三者行為によるときはその事実	<input checked="" type="checkbox"/> 第三者によるものではありません。	第三者行為の場合は、届出が必要です。健康保険組合にご連絡ください。	
第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 -		

医師が記入する欄です。証明を頂いてください。

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	当院にて手術設備が無く、緊急手術・臓器移植を要するため、●●大学病院に移送・手術依頼をした。		
	付添を必要と認めた理由	医師による医学的管理が必要なため。		
	移送経路	●●島からヘリで●●ヘリポート、国道●号、県道●号線を経由して目的地まで最短経路を利用。		
	移送方法	●●ドクターヘリおよび救急車 各1回		
	移送年月日	●●	●●	●●
	上記のとおり相違ありません。	令和 ●●年 ●●月 ●●日		
住所	〒●●●● - ●●●● ●●県●●●●市～			
医師または歯科医師の氏名	保健 二郎			