

## 健康保険 移送費支給申請書

|                  |       |      |
|------------------|-------|------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 所属事業所 |      |
|                  | 記号・番号 | 28 - |
|                  | 氏名    | (印)  |

|      |     |    |     |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 審査 | 担当者 |
|      |     |    |     |

|       |     |
|-------|-----|
| 支給決定日 | 支給額 |
|       | 円   |

【申請内訳】

|                          |   |                |          |
|--------------------------|---|----------------|----------|
| 移送を受けた人                  | <input type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)                           |                |          |
| 移送を受けた人が家族の場合            | 氏名  | 才              | 被保険者との続柄 |
|                          | 生年月日  | 昭和・平成・令和 年 月 日 |          |
| 傷病名                      |   | 発病又は負傷年月日      | 令和 年 月 日 |
| 発病又は負傷の原因                |   | 移送先病院名         |          |
| 移送に要した費用                 | 円   | 移送年月日          | 令和 年 月 日 |
| 第三者行為によるものですか            | <input type="checkbox"/> はい ※「はい」の場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。<br><input type="checkbox"/> いいえ |                |          |
| 最初に受診した医療機関の所在地・名称・医師の氏名 |   |                |          |
| 移送経路                     | 詳細に記入のこと  |                |          |

|        |   |
|--------|---|
| 申請者委任欄 | 上記のとおり申請します。<br>なお、給付金の受領は事業主に委任します。<br><br><div style="text-align: right;">令和 年 月 日 被保険者氏名 (印)</div> |
|--------|---|

■事前に「移送費承認申請書」を健保組合へ提出・承認後、移送にかかった費用の領収証を添付して申請してください。