

健康保険（被保険者・被扶養者）移送費支給申請書

被保険者情報	被保険者証の記号番号	記号 ●●	番号 ××××	所属事業所及び部署名	株式会社●●××部▲▲ユニット 電話 XXX(XXXX)XXXX	
	被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日	昭和60年4月8日
	被保険者住所電話番号	〒 123-4567 ●●●県XXXX市▲▲▲町 1-2-3 ◆◆◆マンション XXX号 電話 ()				
	社員番号	1234567			メールアドレス	●●@XXXXX

申請内容	移送対象者	家族(被扶養者)		移送対象者氏名	健保 花子	
	傷病名	XXXX		移送対象者の生年月日	昭和63年4月8日	
	傷病又は負傷の原因	不明				
	発病又は負傷の年月日	令和5年10月11日		移送年月日	令和5年10月13日	
	移送の区間	自	●●医院	移送の経路及び方法	経路	
		至	▲▲病院		方法	ヘリコプター
	移送に要した費用の額	100,000 円		付添人の有無	有り	
やむを得ない理由で移送後に届け出る場合、その理由	旅行先にて病状が悪化し、旅行先の医療機関では十分な治療ができず、医師の指示により緊急移送(転院)したため					
交通事故等第三者が原因ですか	いいえ		業務上、通勤途上によるものですか	いいえ		
		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		※「はい」の場合は、別途届出が必要です。		

医師又は歯科医師の意見	移送対象者氏名			移送年月日	令和 年 月 日	
	傷病名					
	移送の経路					
	移送の経路及び方法					
	移送の経路及び方法					
この欄は、担当した医師に記入を依頼してください						
上記						
令和 年 月 日 電話 氏名						

※在職中の皆様には事業所(会社)経由での給付金の受け取りを原則としております。

【添付書類】

1. 移送に要した費用の領収書及び明細書

上記のとおり申請いたします。

令和 ○年 ○月 ○日

受付日付印