

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

◎この申請書は、被保険者及び被扶養者について移送の承認があった場合に、その費用の支給を受けるための申請するものです。
 ◎この申請書には、移送に要した費用の領収書を必ず添付してください。
 ◎傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」をこの書類に添付してください。
 ◎証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号		生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
		番号					
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ		事業所の 所在地	名称		
	被保険者 (請求者) 現住所	〒		自宅電話			
				携帯電話			
	被扶養者が移送を受けたための請求であるときはその方の	氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	被保険者 との続柄	
	傷病名				発病または 負傷年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	発病または 負傷の原因				第三者行為に よるものですか	0 : いいえ 1 : はい	
	診療等の支給または 手当てを受けた病院の	名称			診療を担当した医師等の氏名		
		所在地					
移送区間	移送区間				移送後	移送先	
	フリガナ		フリガナ		0 : 入院 1 : 入院外	病院	
	から		まで				
	移送期間(支給期間)				移送回数	移送に要した費用の額	
	(自) 令和 年 月 日		(至) 令和 年 月 日		回	円	
	距離	利用交通機関		備考			
	km						

委任状	被保険者	本請求に基づく給付金に関する受領方を下記代理人に委任します。			
		令和 年 月 日			
		住所			
		氏名			
	受領代理人	住所			
	氏名	委任者と代理人との関係			
	電話番号				

東京都自動車整備健康保険組合

受付日付印

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

患者氏名	
傷病名	
移送を必要とする理由 症状、その他具体的に 記入してください。	
移送年月日	
移送費用	
移送の方法	
移送の経路	
移送の回数	

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和 年 月 日

住所

医師の

氏名

電話 ()

※数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を二重線で抹消し、その部分へ訂正者の氏名を記入してください。