

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	1234	生年月日	昭和・平成 40年6月7日生		
		番号	567				
	被保険者 (請求者) 氏名	フリガナ トウキョウ タロウ	東京 太郎	事業所の 所在地	株式会社〇〇〇〇自動車 東京都港区芝公園〇-〇-〇		
	被保険者 (請求者) 現住所	〒 105-0011 東京都港区芝公園〇-〇-〇		自宅電話	03-xxxx-xxxx		
				携帯電話	090-xxxx-xxxx		
	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	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	脳梗塞		発病または 負傷年月日	昭和・平成・令和 5年6月7日		
	発病または 負傷の原因	家事中に激しい頭痛がして倒れた			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	〇〇病院		診療を担当した医師等の氏名	自動車 太郎		
		所在地	東京都新宿区西新宿〇-〇-〇				
移 送 区 間	移送期間			移送後	移送先		
	フリガナ	〇〇病院 から		フリガナ	××病院 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 5年6月10日		(至)	令和 5年6月10日		
	距離	100 km		利用交通機関	患者輸送車		
				備考			

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 5年6月20日		
	住所	東京都港区芝公園〇-〇-〇		
	氏名	東京 太郎		
	受領 代理人	住所	東京都港区芝公園〇-〇-〇	
	氏名	健保 次郎	委任者と代理人 との関係	事業主
	電話番号	03-xxxx-xxxx		

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	東京 太郎
傷病名	脳梗塞
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。	歩行困難な状態であり、設備の整った病院で 緊急手術を行う必要があったため。
移送年月日	令和5年6月10日
移送費用	xx, xxx 円
移送の方法	患者輸送車
移送の経路	〇〇病院から××病院
移送の回数	1回

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和 5 年 6 月 15 日

住所 東京都港区芝公園〇-〇-〇
医師の

氏名 東京 太郎

電話 03 (× × × ×) × × × ×

※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。