

健康保険

被保険者
家族

移送費支給申請書

令和 年 月 日 申請

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		被保険者(申請者)の氏名				生 年 月 日	
	記号	番号					昭和 平成	年 月 日
	被保険者(申請者)の住 所		〒 ー					
	事業所の名称							
	被扶養者が移送を受けたときはその者の		氏 名		生 年 月 日		被保険者との続柄	
					昭和 平成 令和		年 月 日	
	傷 病 名				発病又は負傷した年月日		平成 令和	
	発病又は負傷の原因						第三者行為によるものですか はい・いいえ	
	診療等または手当を受けた病院の		名称					
			所在地					
	移送の年月日		令和 年 月 日		移送に要した費用		円	
	移送の方法、区間及び回数							
本申請に基づく給付金に関する受領を に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(申請者)氏名								
受領の委任をしないとき		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。						
		振込希望 金融機関名		信用金庫 店		口座 番号		口座 名義

医 師 ま た は 歯 科 医 師 の 意 見 書	患 者 氏 名						
	傷 病 名		移送年月日				
	移送方法、区間及び回数						
	移送を必要と認めた理由(症状その他具体的に記入してください) 付添人を必要とする理由						
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号						

※所在地・名称等はできるだけゴム印を使用してください。
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

【添付書類】

- 移送に要した費用が確認できる書類として、移送費用の請求書、移送費用の領収書を添付してください(いずれも原本)
- 負傷した原因が第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

令和5年2月1日