

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	健保太郎				昭和 平成	50 年 10 月 20 日				
	7	0	1	2	3	4						
	被保険者(申請者)の住 所		岐阜県土岐市泉町5-6-7									
	事業所の名称		東海信用金庫									
	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					
			健 保 次 郎	昭和 平成 令和			2 年 4 月 12 日 長 男					
	傷 病 名		呼吸障害・チアノーゼ			発病又は負傷した年月日		平成 令和			2 年 4 月 12 日	
	発病又は負傷の原因		不明				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	〇〇〇病院								
		所在地	岐阜県土岐市泉町〇-△-□									
移送の年月日		令和 2 年 4 月 12 日	移送に要した費用			8,480 円						
移送の方法、区間及び回数		〇〇〇病院から△△△大学病院まで 新生児専用救急車で搬送、1回										
本申請に基づく給付金に関する受領を <u>人事部長 中部 信一</u> に委任します。												
令和 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 <u>健 保 太 郎</u>												
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	ふりがな			

医 師 ま た は 歯 科 医 師 の 意 見 書	患者氏名	健 保 次 郎		
	傷 病 名	呼吸障害・チアノーゼ	移送年月日	令和2年4月12日
	移送方法、区間及び回数	新生児専用救急車により当病院から△△△大学病院まで1回		
	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	健保花子ベビーは、令和2年4月12日に出生し、出生より6時間後に呼吸障害、チアノーゼが出現し、改善しないため△△△大学病院への搬送が必要と判断した		
	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 岐阜県土岐市泉町〇-△-□ 医療機関の名称 〇〇〇病院 医師の氏名 ● ▲ ■ ★ 電話番号 0572-55-0000			

※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