

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書
家族

被保険者情報	被保険者等※	記号 123	番号 456	生年月日	昭平令 〇〇年 〇月 〇日
	氏名	(フリガナ) ミナト ケンタ 港 健太			
	住所	〒 211 - 0012 神奈川県 川崎市中原区中丸子1-1-1-509			
	事業所名称	〇〇荷役株式会社	電話番号 (日中の連絡先)	090 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	提出委任 <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)

※記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください。

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の移送費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人		

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名 港 健太	令和 〇年 〇月 〇日
	代理人	住所 東京都港区芝浦×-×-× 氏名 〇〇荷役株式会社 芝浦 太郎	被保険者との関係 (事業主)

申請内容	受診者(どちらかに✓)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	第三者行為によるものですか ※	はい <u>いいえ</u>
	家族の場合はその方の	氏名 港 花子	生年月日	昭平令 〇〇年 〇月 〇日 続柄 (妻)
	傷病名	脳出血(妊娠〇〇週)	発病又は負傷年月日	平令 〇年 〇月 〇日
	発病又は負傷の原因	※打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、負傷となった原因を詳しくご記入ください。 不明		
	移送の経路	移送元: 〇〇産婦人科医院	から 移送先: ××総合病院	まで
	移送の手段及び距離	手段: <input checked="" type="checkbox"/> 専用車 <input type="checkbox"/> 鉄道 <input type="checkbox"/> その他()	距離: 15 km	
	移送期間及び回数	平令 〇年 10月 3日 から 平令 〇年 10月 3日 まで (回数 1回)		
移送に要した費用	××, ××× 円			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

移送費支給申請書について 移送費の支給を受けるには、事前に健保組合の承認が必要です。「移送承認申請書・移送届」をご提出いただき、当組合より承認を受けてから移送を実施していただくこととなりますのでご注意ください。ただし、やむを得ない事情により承認を受ける前に移送を実施した場合は、この「移送費支給申請書」と併せて「移送承認申請書・移送届」をご提出ください。

添付書類 (①から③のすべての書類が必要となります。)

- ① 移送の費用を自己負担していることが確認できる領収書の原本及びその内訳別の費用額が記載されたもの
- ② 移送の経路及び手段、距離、期間(移送日)、回数などの移送内容の詳細を確認できるもの
- ③ 事前に承認を受けている場合は、当組合発行の「移送承認通知書」

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄