

支給決議書	支給額	円	資格取得年月日	年	月	日	
	移送年月日	年	月	日	資格喪失年月日	年	月

健康保険 被保険者 被扶養者 **移送費支給申請書**

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者の氏名・押印					
	③ 被保険者の住所	〒 -						
	④ 日中連絡の取れる電話番号	自宅	勤務先					
	⑤ 被保険者の勤務する又は勤務していた事業所							
	⑥ 傷病名			⑦ 発病又は 負傷の年月日	令和	年	月	日
	⑧ 発病又は負傷の原因							
	⑨ 付添人の有無 及び住所・氏名	<input type="checkbox"/> 有⇒ <input type="checkbox"/> 無	住所	〒 -	氏名			
	⑩ 移送を必要とする 又は移送を受けた	(a)理由						
		(b)区間						
		(c)回数		回	(d)移送距離	km	(e)利用した交通機関	
		(f)移送年月日		年	月	日	(g)移送に要した費用	円
	⑪ 被扶養者に関する 申請の時はその者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄		
	⑫ 第三者の行為によって負傷したものですか	はい  いいえ						
	⑬ 振込希望口座	銀行 支店		普通 当座	フリガナ 名義人氏名			
⑭ 委任状	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した移送費の受領を委任します。 被保険者住所 被保険者氏名							

医 師 が 証 明 す る こ ろ	傷病名	療養を開始した年月日		年	月	日
	移送を必要と 認めた理由 〔症状、その他〕 具体的に	付添いがあった場合は、付添いを認めた理由も併せて記入して下さい。				
	移送を必要と 認めた区間・回数	(a) 区間	から	まで	(b) 回数	回
	上記の理由で移送の必要を認めます。 _____ 年 月 日					
医療機関の所在地		名称				
医師の氏名						

【注意事項】

- 訂正した場合は、二重線で抹消し、正しい内容と氏名(サイン)をご記入ください。
- 提出された請求書及び添付書類については、返却・写しの送付等は一切致しません。(請求書不備の場合は除く)
- 「移送に要した費用の領収書」(原本)を添付して下さい。

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー(基本方針)則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要である場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲で速やかに対応させていただきます。