

被保険者
家族

移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	7998 130	② 事業所の名称	株式会社〇×出版						
	③ 傷病名	腸閉塞		④ 発病又は 負傷の年月日	昭和 平成30年4月5日					
	⑤ 発病又は 負傷の原因	不詳								
	⑥ 移送先及び 年月日	△×大学医学部附属△×病院			平成	年	月	日		
	⑦ 移送の経路	XX胃腸外科 △×病院 から まで		⑧ 移送に要した 費用	57,000 円					
	⑨ 付添人の氏名 及び住所	〒								
	⑩ 第三者行為に 因るときは その事実									
	⑪ 第三者の氏名 及び住所	〒								
	⑫ 家族が移送を 受けたときは その者の	(ア) 氏名	該当せず		(イ) 生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	(ウ) 被保険 者との 続柄
	上記のとおり申請いたします。平成30年5月9日									
	被保険者の住所 〒〇×△-XXXX 練馬区高野台X-X-X 氏名 梅田 和成 電話 〇3 (〇291) XXXX 番 出版健康保険組合 御中									

私は、千代田 太郎 を代理人と定め、平成30年5月9日に請求した移送費の受領方を委任します。

平成30年5月9日

本人
住所 〒〇×△-XXXX 練馬区高野台X-X-X
氏名 梅田 和成

代理人
住所 〒〇×△-XXXX 文京区小日向X-X-X
氏名 株式会社〇×出版 千代田 太郎

平成 年 月 日提出
受付日付印

⑬ 医科又は 歯科 医師の 意見	移送を必要と 認めた理由	緊急手術を要するが、当方に入院医療設備が整っておらず、 病院に転送した。	
	付添を必要と 認めた理由		
	入院した病院又は 診療所の名称	XX 胃腸外科	
	上記のとおり相違ありません。	平成30年4月27日	
医師または歯科医師の 住所	〒〇×△-XXXX 練馬区石神井町X-X-X		練馬
氏名	練馬 利男		

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

⑭ 金融機関	銀行名	銀行 信用金庫	本店 支店	口座番号	
	預金種別	普通・当座		フリガナ	
				名義人名	

個人番号

※個人番号を記載される場合には、①個人番号確認（通知カード又は個人番号記載住民票の写し）
②身元確認（運転免許証又はパスポート等）の添付書類が必要となります。また、個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要となります。

●注意事項

1. 標題の「被保険者」及び「家族」の文字は、いずれか該当する方の文字を丸で囲んでください。
2. 標題の被保険者の文字を丸で囲んだときは、⑫アの欄に「該当せず」と記入してください。
3. ⑬と⑭の欄は同一印を使用し、委任状の代理人のところは必ず事業所の受領代理人の氏名を記入してください。
4. ⑱欄は、退職後の請求である場合、振込先（銀行名、支店名、口座番号、口座名義人）を記入してください。
5. この申請には、移送に要した費用の領収書を必ず添付してください。
6. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を記入してください。