

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者	被保険者証	記号	15**	被保険者氏名	横浜 康介
		番号	9***99		

下記のとおり移送費の支給を申請します。

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名: 横浜 保文 続柄: 二男)
	傷病名	四肢の骨折・全身打撲
	発病・負傷の原因	旅行先の離島で釣りをしていた際に、岸壁から滑落した
	移送経路	〇〇島⇒△△ヘリポート⇒△△△市立病院
	移送方法	民間ヘリコプターと△△△市立病院の救急車を使用
	付添人の有無及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 : 氏名 _____
移送に要した費用	376,910 円	第三者の行為による ときはその事実 <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する …… 別途届出が必要です

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	上記のとおり相違ありません。	

医療施設(医師)からの詳しい証明を受けてください。

※ 保険証の記号が「1300」の方や 請求時に退職されている方は、①振込先口座をご記入ください。(ゆうちょ銀行の取扱いはありません) 上記以外の方は、事業所(振込先)をご記入ください。

①振込先口座	金融機関名称		2. 当座
	口座番号	(フリガナ) _____ □座名義	1. 申請者 2. 代理人
※「代理人」が当健保加入の被扶養者以外の場合は、被保険者との続柄を証明する書類を添付してください。			
②委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		令和 3 年 4 月 12 日
	被保険者 (申請者)	住所 氏名	東京都世田谷区等々力〇丁目〇番〇号 横浜 康介

保険証の記号が「1300」以外で在職中の方は、
②の委任状欄に住所・氏名を記入してください。

健保受付印

添付書類

- 移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。
- 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。