

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書 【記入例その1】

1	被保険者等記号・番号	999 - 9999	被保険者(フリガナ)	ケンポ タロウ			
	被保険者(申請者)氏名	健保 太郎					
3	被保険者(申請者)住所	〒 123 - 4567 千葉県習志野市〇-〇-〇					
	電話	012 - 3456 - 7890					
4	事業所名称	千葉県トラック運送(株)					
	事業所所在地	〒 123 - 4568 千葉県習志野市蒔浜〇-〇-〇					
5	被扶養者が移送を受けたときのその者の氏名	健保 花子	生年月日	昭和・平成・令和	被保険者との続柄	妻	
	発病または負傷の年月日(療養開始日)	31年12月1日					
6	傷病名	左大腿骨骨折		発病または負傷年月日(療養開始日)	昭和・平成・令和 6年12月1日		
	発病または負傷の原因を詳しく	自宅の玄関でつまづき負傷		第三者行為によるものですか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		
7	診療等の支給又は手当を受けた病院(医師)の名称	△△総合病院		療養を担当した医師等の氏名	〇〇 △△		
	診療等の支給又は手当を受けた病院(医師)の所在地	千葉県習志野市××△-△-△					
8	移送を受けた区間、移送期間及び費用の請求	(フリガナ) ナラシシ〇〇	(フリガナ) チバシ〇〇	移送後	入院 <input type="checkbox"/>	入院外 <input checked="" type="checkbox"/>	
	移送を受けた区間、移送期間及び費用の請求	習志野市〇〇	から 千葉市〇〇	まで	移送先	〇△ 病院	
9	期	令和 6年 12月 2日	から	令和 6年 12月 2日	まで	移送回数	1 回
	期	令和 6年 12月 2日	まで	移送回数	1 回	移送に要した費用(円)	53,000
10	距離	3 K		利用交通機関	タクシー		
	被保険者名義(申請者)受取金融機関	銀行 <input checked="" type="checkbox"/>	信用金庫 <input type="checkbox"/>	信用組合 <input type="checkbox"/>	農協 <input type="checkbox"/>	種別	普通 <input checked="" type="checkbox"/>
11	口座番号	7ケタで記入 1 2 3 4 5 6 7					
	口座名義(フリガナ)	ケンポ タロウ					

【記入のポイントその1】

<被保険者(申請者)が記入するところ>

- 被保険者等記号・番号
被保険者証または資格情報のお知らせ、資格確認書に記載されています。
- 被保険者(申請者)氏名
被保険者氏名をご記入ください。
・被保険者が亡くなっている場合は申請者氏名をご記入ください。
- 被保険者(申請者)住所
被保険者住所をご記入ください。
・被保険者が亡くなっている場合は申請者住所をご記入ください。
- 事業所名称、所在地
被保険者の勤務先をご記入ください。
- 被扶養者が移送を受けたときにご記入ください。
- 傷病名
ケガによる場合は負傷年月日及び負傷の原因等を詳細にご記入ください。
- 診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の名称、所在地、医師名をご記入ください。
- 移送を受けた区間等をご記入ください。
- 移送を受けた期間、移送回数をご記入ください。
- 領収書に記載された金額をご記入ください。
- 被保険者名義(申請者)受取金融機関
被保険者の口座をご記入ください。
・受取金融機関を被保険者以外に委任する場合は、受取代理人の欄に署名が必要です。
・被保険者が亡くなっている場合は申請者の口座をご記入ください。
また、その際別途書類が必要となりますので、健保へご連絡をお願いします。

間違えた場合は、二重線で訂正し
余白に正しいものを記入して下さい。
※修正ペン・修正テープ使用不可

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。

令和 年 月 日

被保険者(申請者) 氏名

住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ

代理人の氏名 (フリガナ)

代理人の住所

電話 - -

同意欄

この度申請した移送費の支給に関して、貴組合が医療機関等に照会することに同意します。

被保険者氏名

支払日付印

受付日付印

※状況に応じて追加の書類を依頼、または健保より確認の連絡をする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

【記入例その2】医師又は歯科医師の意見書

傷病名	
移送を必要とする理由 （症状、その他 具体的に記入 してください）	
移送の方法 区間・回数	
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>電話番号 - -</p> <p>医師の氏名</p>	

【記入のポイントその2】

移送の必要性を認めた医師又は歯科医師の意見書の証明を受けてください。

【添付書類】

- ・移送に要した費用の領収書コピー
- ・証明書等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

（千葉県トラック健康保険組合）

<添付書類>

この申請書の提出にあたっては、次に掲げる書類を添付して下さい。

- （1）移送に要した費用の領収書写し
- （2）証明書等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