

健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

1

2

3

4

被保険者(申請者)記入用

被保険者 申請者 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証等 (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	
				<input type="checkbox"/> 平成		
				<input type="checkbox"/> 令和		
氏名・印	(フリガナ)					
住所	(〒	—)	都	道	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()	府	県	
勤務先事業所 の名称						

委任 状欄	被保険者 (申請者) の氏名	本申請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。 氏名
	受取代理人	事業所 名称 氏名

内

令和 年 月 日提出

「申請者記入欄」は2ページに続きます。>>>

被保険者等記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。
(マイナンバーにより申請する場合は、この欄に記載してください。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

添付書類をご用意ください。

- ①移送に要した費用の領収書、および、その明細のわかるもの
- ②領収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

* 注意事項 *

- ・通院等、一時的・緊急的とは認められない場合は、移送費の支給の対象とはなりません。
- ・申請書は、移送に要した費用を支払った日から2年以内にご提出ください。

受付日付印

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者氏名

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 _____)	
	家族の場合はその方の生年月日及びその続柄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 続柄(_____)
	傷病名	発病または負傷の年月日(療養開始日) <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	
	発病の原因および経過(詳しく)	<input type="checkbox"/> 病気 (原因および経過)	第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」をご提出ください。
	移送経路	(フリガナ) _____ から 経由	(フリガナ) _____ まで
	移送後	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外	移送先 _____
	移送期間	平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで	日間 _____
	移送に要した費用の額	円 _____	移送回数 _____ 回
	利用交通機関		距離 _____ km
	付添人の有無 付添人氏名・住所	<input type="checkbox"/> 有 → 付添人の氏名 _____ _____ <input type="checkbox"/> 無	

「負傷原因記入欄」は3ページに続きます。>>>

被保険者氏名

※傷病名が外傷性のもの(骨折・損傷など)、腰部・頸椎疾患の場合はご記入ください。

負傷原因記入欄	対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名 _____)	
	傷病名		
	負傷した日時	<input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)	<input type="checkbox"/> 午前 _____ 時 _____ 分頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時 _____ 分頃
	負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 出勤前 <input type="checkbox"/> 通勤途中(出勤時・帰宅時) <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 休憩中 <input type="checkbox"/> 帰宅後 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・有給休暇など) <input type="checkbox"/> その他(_____)	
	負傷した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 工場内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 営業先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他(_____)	
	負傷した状況(原因)を具体的に詳しくご記入ください		
	第三者の行為による負傷ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ [※「はい」の場合は別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要です。]	
現在も治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ [※「いいえ」の場合 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年 _____ 月治療終了 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月治療終了]		

「医師の記入欄」は4ページに続きます。>>>

医師が記入するところ	患者氏名												
	傷病名							発病または負傷の年月日 (療養開始日)	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年	月	日
	移送を必要と認めた経路	(フリガナ)				(フリガナ)							
						から							まで
						經由							
	移送回数											回	
入院期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで	日間				
	移送を必要と認めた理由(症状、その他具体的に記入してください。)また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。												
上記のとおり相違ありません。													
令和 年 月 日 所在地 医療機関等の 名称 診療を担当した 医師等の氏名													