

健康保険

被保険者

家 族

移送費支給申請書

令和 年 月 日 申請

三岐しんきん健康保険組合 理事長 様

下記のとおり申請します。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号			被保険者(申請者)の氏名			生 年 月 日				
	記号	番号		健保太郎			昭和 平成	50 年 10 月 20 日			
	7	0	1	2	3	4					
	被保険者(申請者)の住 所			〒 岐阜県土岐市泉町 5 - 6 - 7							
	事業所の名称			東海信用金庫							
	被扶養者が移送を受けたときはその者の			氏 名	生 年 月 日			被保険者との続柄			
				健 保 次 郎	昭和 平成 令和			2 年 4 月 12 日		長 男	
	傷 病 名			呼吸障害・チアノーゼ			発病又は負傷した年月日	平成 令和			2 年 4 月 12 日
	発病又は負傷の原因			不明			第三者行為によるものですか			はい・いいえ	
	診療等または手当を受けた病院の			名称	〇〇〇病院						
			所在地	岐阜県土岐市泉町〇-△-□							
移送の年月日			令和 2 年 4 月 12 日	移送に要した費用			8,480 円				
移送の方法、区間及び回数			〇〇〇病院から△△△大学病院まで 新生児専用救急車で搬送、1回								
本申請に基づく給付金に関する受領を			人事部長 中部 信一			に委任します。					
令和 年 月 日			被保険者(申請者)氏名 健 保 太 郎								
受領の委任をしないとき	振込希望金融機関名	信用金庫店	口座番号					口座名義	ふりがな		

医 師 ま た は 歯 科 医 師 の 意 見 書	患 者 氏 名	健 保 次 郎							
	傷 病 名	呼吸障害・チアノーゼ	移送年月日	令和2年4月12日					
	移送方法、区間及び回数	新生児専用救急車により当病院から△△△大学病院まで1回							
	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)付添人を必要とする理由	健保花子ベビーは、令和2年4月12日に出生し、出生より6時間後に呼吸障害、チアノーゼが出現し、改善しないため△△△大学病院への搬送が必要と判断した							
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日	医療機関所在地	岐阜県土岐市泉町〇-△-□					
		医療機関の名称	〇〇〇病院						
		医師の氏名	● ▲ ■ ★						
		電話番号	0572-55-0000						

※所在地・名称等はできるだけゴム印を使用してください。
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

【添付書類】

- 移送に要した費用が確認できる書類として、移送費用の請求書、移送費用の領収書を添付してください(いずれも原本)
- 負傷した原因が第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。

令和3年6月1日