

## 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	記 号 ・ 番 号		被保険者(申請者)の氏名				生 年 月 日	
	記号	番号					昭和 平成	年 月 日
	被保険者(申請者)の 住 所		〒 ー					
	事 業 所 の 名 称							
	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	
					昭 和 平 成 令 和		年 月 日	
	傷 病 名				発病又は負傷 した年月日		平 成 令 和	
	発病又は負傷の原因						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					
			所在地					
	移 送 の 年 月 日		令和 年 月 日		移 送 に 要 し た 費 用		円	
	移 送 の 方 法 、 区 間 及 び 回 数							
	本申請に基づく給付金に関する受領を ..... に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 .....							
受領の委任 をしないとき		<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。						
		振込希望 金融機関名		信用金庫 店		口座 番号		口座 名義

医 師 ま た は 歯 科 医 師 の 意 見 書	患 者 氏 名							
	傷 病 名		移 送 年 月 日					
	移 送 方 法 、 区 間 及 び 回 数							
	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							
	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 医療機関の名称 医師の氏名 電 話 番 号							

※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6年12月2日