

## 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									
	7	0	1	2	3	4	健保太郎			昭和 平成	50	10	20	日	
	被保険者(申請者)の住		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 ○○○病院												
			所在地 岐阜県土岐市泉町○-△-□												
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		○○○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 <u>人事部長 中部 信一</u> に委任します。															
令和 年 月 日															
被保険者(申請者)氏名 <u>健保太郎</u>															
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		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○-△-□									
		医療機関の名称		○○○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