

受付日付印

|  |      |     |   |
|--|------|-----|---|
|  | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |      |     |   |

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

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                                      |                             |
|                                                                                                      | 被保険者証の<br>(右づめ)  | <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>                                    | <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 | <input type="checkbox"/> 令和 |
|                                                                                                      | 氏名               | (フリガナ) トモエガワ タロウ<br>巴川 太郎                                                                        | ※自筆署名の場合は捺印不要                                                                                                               |                             |                                                                                                                                                                                           |                                        |                             |
|                                                                                                      | 住所               | (〒 <input )<br="" type="text" value="0000-0000"/> A <input type="text" value="都道府県"/> B市C区33-4-1 |                                                                                                                             |                             |                                                                                                                                                                                           |                                        |                             |
|                                                                                                      | 電話番号<br>(日中の連絡先) | TEL <input type="text" value="0000-0000-0000"/>                                                  |                                                                                                                             |                             |                                                                                                                                                                                           |                                        |                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) |                  |                                                                                                  |                                                                                                                             |                             |                                                                                                                                                                                           |                                        |                             |

|         |                        |                                                                                                                                        |  |                                                                                                          |
|---------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者<br>(申請者)          | 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。                                                                                                         |  | 令和 <input type="text" value="00"/> 年 <input type="text" value="00"/> 月 <input type="text" value="00"/> 日 |
|         | 氏名                     | 巴川 太郎                                                                                                                                  |  | 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ                                                                                   |
|         | 代理人<br>(口座名義人)         | 住所<br>(〒 <input (="" )="" )<="" <input="" td="" tel="" type="text" value="0000-0000-0000"/> <td rowspan="2">委任者と<br/>代理人との<br/>関係</td> |  | 委任者と<br>代理人との<br>関係                                                                                      |
|         | 氏名<br>(フリガナ)<br>事業主記入欄 |                                                                                                                                        |  |                                                                                                          |

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

同意書

私は、貴組合が本申請の支給について関係諸機関に照会することに同意します。  
本件については、一切の異議・請求等申し立てをしません。  
なお、本書の写しも有効とします。

令和 年 月 日

氏名(自書)

巴川 太郎

# 健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容

|                    |                                                                                                                                              |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 移送を受けた方            | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名 <b>巴川 太郎</b> ）                                                    |
| 移送を受けた方の生年月日及びその続柄 | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 続柄（ <b>本人</b> ）                                                      |
| 傷病名                | <input type="text"/>                                                                                                                         |
| 発病または負傷の原因         | <input type="text"/>                                                                                                                         |
| 発病または負傷の年月日        | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                                                      |
| 移送経路               | <b>自宅から<input type="text"/>病院へ</b>                                                                                                           |
| 移送方法               | <b>タクシー</b>                                                                                                                                  |
| 移送年月日              | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日                                                                      |
| 付添人の有無<br>及びその住所   | <input type="checkbox"/> 有（氏名 <input type="text"/> ）・ <input checked="" type="checkbox"/> 無<br>〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 移送に要した費用の額         | <input type="text"/> 円                                                                                                                       |
| 第三者行為によるときはその事実    |                                                                                                                                              |
| 第三者の氏名<br>及びその住所   | 氏名 <input type="text"/><br>〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                                     |

医師・歯科医師記入欄

|                                                                                        |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 移送を必要と<br>認めた理由                                                                        | <input type="text"/> |
| 付添を必要と認<br>めた理由                                                                        | <input type="text"/> |
| 移送経路                                                                                   | <input type="text"/> |
| 移送方法                                                                                   | <input type="text"/> |
| 移送年月日                                                                                  | <input type="text"/> |
| 上記のとおり相違ありません。 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |                      |
| 住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>                                       |                      |
| 医師または歯科医師の <input type="text"/><br>氏名 <input type="text"/>                             |                      |

医師記入欄