

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の受付印
日付印

被保険者  
家族

### 移送費承認・支給申請書(移送届)

健康保険被保険者証										
記号	番号(左づめで記入)									
1	2	3	4	5	6	7	8			
被保険者の氏名										
(氏)	ケンポ 健保				(名)	タロウ 太郎				印

申請日	令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日		
事業所名	大阪○×△(株)		
所属 (または出向先)	○×部	部	△ □ 店・グループ 課・室
被保険者住所	〒123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×		
連絡先	自宅	×××-××××-××××	
	職場(外線)	×××-××××-××××	内線 ×××-××××

被 保 険 者 記 入 欄	被扶養者が移送を受けるものであるとき	氏名		続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	移送年月日	令和 ○ 年 △ 月 × 日	発病または負傷の年月日	令和 ○ 年 △ 月 × 日							
	発病または負傷の原因	脳出血						第三者行為によるものですか	はい いいえ		
	移送を必要とする期間	自 令和 ○ 年 △ 月 × 日	回数	1 回	利用交通機関	・タクシー ・飛行機 ・その他( )					
	移送後の入通院区分	入院・通院			移送する前に申請することができなかったときはその理由						
	移送に要した費用	20,000 円									
	移送先の医療機関	名称	○×病院								
	所在地	◇◇府○△市◇町×-○-△									
委任状 (任継者は記載不要)	OTG健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和○年△月×日 被保険者氏名 健保 太郎 印										

医師または 歯科医師 記入欄	傷病名	脳出血			移送を必要とした事由	手術が必要であったが、設備不足であったため					
	移送の方法 区間および回数	○○医院から××病院まで									
	上記のとおり移送の必要を認めます。										
		令和 ○ 年 △ 月 × 日	医療機関所在地	◇◇府○△市◇町×-○-△			名称	○×病院		電話	×××-××××-××××
		医療機関 医師氏名	○△ ◇×			印					

受付印

健保 記入欄	受付No.									
	支給決定額	円								

健康保険被保険者の記号・番号の代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記(備考)欄に記入して下さい。  
※ マイナンバーを記入する場合は、確認のために添付書類が必要となります。

備考 記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。