

●申請書はクリップで留めてください。ホチキス留めは不可。
●A4片面で印刷ください。

健康保険 移送費 支給申請書

1 2

被保険者(申請者)記入用

①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、
③資格確認書等で確認し、ご記入ください。
なお枝番の記入は不要です。

出向されている方は
原籍の会社名をご記入下さい。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	事業所名(会社名)
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	1 2 3 4 5	×××株式会社
	氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	被保険者生年月日 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ××年 ××月 ××日
住所 (〒 ○○○ - ○○○○)	○○ 都道府県 ○○市○○町 1-2-3	電話番号 (日中の連絡先) TEL 090 (××××) ××××	

振込先指定口座(申請者又は代理人)	● 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/>	
	● 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。	
	金融機関 名称	〇〇〇 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号 (右づめ) 1 1 2 2 3
口座名義	ケンポ タロウ	口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

振込先の口座は原則被保険者の口座になります。
また、被保険者ご逝去によりご遺族が申請される場合は、
ご遺族の口座情報をご記入ください。

この欄は原則記入不要です。
事業所(会社)が給付金を代理で受け取る場合等においては、
この欄をご記入のうえ、上記振込先口座欄も代理人の口座
情報をご記入ください。

代理人の欄	被保険者 (申請者)	氏名	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義)	住所 (フリガナ)	氏名	委任者と 代理人との 関係

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

<備考>
※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

(R6.12)
受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

受診者	<input type="checkbox"/> 1 被保険者 2. 家族(被扶養者)
家族の場合はその方の	氏名 <input type="checkbox"/> 続柄 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
傷病名	急性心不全
発病または負傷の原因	不詳
発病または負傷の年月日	令和 5 年 4 月 10 日
移送経路	▲▲診療所 → (寝台車) → ○○港 → (高速船) → → ××港 → (救急車) → ●●病院
移送方法	寝台車、高速船、救急車
移送年月日	令和 5 年 4 月 10 日
付添人の有無 及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 伊志野 一郎) ・ <input type="checkbox"/> 無 〒○○○-○○○○ ○○県○○郡○○島町 9-8-7
移送に要した費用の額	30,000 円
第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> 2 1. はい 2. いいえ
第三者行為によるときは、 第三者の氏名 及びその住所	氏名 _____ 〒 - _____

第三者行為とは、自動車事故や不当な暴力など、第三者(他者)による加害行為のことを指します。

医師・歯科医師記入欄

移送を必要と認めた理由	歩行困難な状況であり、緊急手術を行う必要があったが、島内の医療機関では対応できず、設備の整った医療機関に搬送する必要があったため。
付添を必要と認めた理由	搬送中に容体が悪化する可能性があり、医学的管理が必要であったため。
移送経路	▲▲診療所 → (寝台車) → ○○港 → (高速船) → → ××港 → (救急車) → ●●病院
移送方法	寝台車、救急車、高速船
移送年月日	令和 5 年 4 月 10 日
上記のとおり相違ありません。	令和 5 年 5 月 1 日
医療機関の所在地	○○県○○郡○○島町 9-8-7
医療機関の名称	▲▲診療所
医師の氏名	伊志野 一郎 TEL ××× (××××) ××××