

支給支払決議書		常務理事	事務長		担当者
支給額		円	資格取得	年	月 日
支給内訳	法定	円	資格喪失	年	月 日
	付加	円	支払年月日	年	月 日

※医師の指示で一時的・緊急の必要があつて移送される場合に申請ができます

※急性の傷病のため、本申請前に移送が行われた場合は、移送後速やかに提出してください

被保険者
被扶養者

健康保険 移送費支給申請書

年 月 日 提出

申請者記入欄	移送者	氏名	生年月日	続柄
			年 月 日	
医師の意見欄	発病又は負傷の年月日			
	年 月 日 ~ 日 (日間)			
	傷病の原因・診療または手当の内容			
	やむを得ない事由のために事前に承認申請ができなかった場合には、その理由			
	発病(負傷)時の状況 発生時期 *該当に○印 (勤務中・通勤途中・勤務外・その他()) 第三者の行為によって負傷したもの(相手方のある事故等による負傷) *該当に○印 (である・ ではない) *第三者行為に該当する場合は、別途「第三者行為による傷病届」が必要です、健保へお申し出ください。			
振込先金融機関		<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) <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理店を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small> ●上記以外は、届出いただいている口座へお振込みいたします。 <small>→お届け頂いていない場合は別途「健康保険給付金振込先届」にて申請ください。</small>		
移送年月日				
年 月 日 ~ 日 (日間)				
傷病名				
移送を必要とする事由				
移送の方法			移送に要する費用の見積額	
			円	
移送の区間			移送の回数	
			回	
年 月 日				
医師の住所				印
氏名 および 印				

2023.6