

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

該当する方を○で囲んでください。

被保険者情報	被保険者証の記号・番号	記号 25	番号 111 (枝番)	事業所の名称	会社名 (株)リクルート・スタッフィング	
	被保険者の氏名と印	健保 一郎 			被保険者の生年月日	1. 昭和 2. 平成 49年 1月 16日 生まれ 3. 令和
	被保険者の住所・電話	〒141-0031 東京都品川区西五反田3-8-20			被保険者の電話番号	日中連絡が取れる電話番号 TEL 090 (4567) 0000

該当する方にチェックを入れてください。

申請内容	移送を受けた方	該当者に <input checked="" type="checkbox"/> チェックし、被扶養者(家族)の場合、氏名・生年月日をご記入ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)					
	被扶養者(家族)の氏名			被扶養者(家族)の生年月日	1. 昭和 2. 平成 年 月 日 生まれ 3. 令和		
	傷病名	右大腿骨骨折		発病または負傷の年月日	令和 3年 4月 4日		
	発病または負傷の原因	(いつ・どこで・どのようにして傷病が発生したか記入)			他人の行為によるものですか	1. はい 2. <input checked="" type="radio"/> いいえ	
	移送の経路及び方法	R3. 4. 4に熱海市〇〇クリニックから沼津市〇〇総合病院まで病院が準備した介護タクシーにて移動			移送に要した費用の額	15,000 円	
	付添人の氏名及び住所	氏名	(付添人がいた場合は記入してください。)		住所		
第三者の氏名及び住所	氏名	(第三者に関わる事故の場合、記入してください。)		住所			

領収書に記載されている金額をご記入ください。

医師又は歯科医師の意見	移送を必要と認めた理由					
	付添を必要と認めた理由					
	入院した病院は診療所の名	◇「医師又は歯科医師の意見」欄には医師又は歯科医師から必ず証明を受けてください。				
	入院した期					
	移送の経路及び方法					
上記の通り相違ないことを証明いたします。				令和 年 月 日		



医師又は歯科医師の 住所
氏名

※所在地・名称はゴム印を使用してください

【口座名義の区分】 被保険者名義 代理人名義(委任状欄をご記入ください。) ※どちらかにをし、指定口座をご記入ください。

振込先指定口座	銀行名	三井住友 銀行		支店名	新宿 支店		支店コード	0 5 6 7		預金種別	1. <input checked="" type="radio"/> 普通 2. 当座	
	口座番号	2 3 4 5 6 7 8 ケンホ。 イチロウ										
	口座名義	カタカナ (姓と名の間は1マス開けてください。濁点(°)、半濁点(゜)は1文字としてご記入ください。)										

口座名義はカタカナでご記入ください。
またゆうちょ銀行の口座を希望される場合、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和 年 月 日
	被保険者 氏名	
	代理人(口座名義人) 氏名	

本書に記入していただいた個人情報については、適切に取り扱い、目的外には利用しません。

健康保険 移送費支給申請書 注意点等

移送費支給申請時の注意点

- 病気やケガにより歩行することが著しく困難な患者が、治療の為入院または転院しなければならないときで、医師がその必要性を認めた場合、移送にかかった費用が「移送費」として支給されます。

【移送費を受けられる基準】

1. 移送の目的である療養が保険診療として適切であること
2. 療養の原因である病気やけがにより移動困難であること
3. 緊急その他やむを得ないこと

※ 通常の通院費用等、緊急性のない場合は給付対象になりません。

記入に関する注意事項

1. 訂正の際は、間違った部分を二重線で消し、訂正印を押印してください。「医師または歯科医師の意見欄」を訂正する場合、医師・歯科医師の訂正印が必要です。
2. 被保険者の記号・番号は、保険証に記載されています。
3. 移送をされた方が被扶養者の場合、忘れずに申請内容欄の移送を受けた者の「被扶養者(家族)の氏名」欄と「被扶養者(家族)の生年月日」欄をご記入ください。
4. 業務災害、通勤災害に該当せず、「他人の行為によるものですか」が「はい」の場合、提出前にリクルート健保の第三者行為担当者までご連絡ください。
(電話0120-501-042 音声ガイドで「1」を選択してください)

※ 今回の申請は業務中、通勤中の傷病ではありませんか？

業務災害・通勤災害の場合、労災保険の給付対象となります。業務または通勤が起因している傷病の場合、申請前に状況、原因等について**事業会社の労災担当、人事担当者へ**報告してください。

5. 「医師又は歯科医師の意見欄」の所在地・名称はゴム印を使用してください。
6. 委任状欄は、給付金の受け取りを代理人に委任する場合のみ記入してください。委任者と代理人それぞれの署名が必要です。(同一筆跡不可)

移送費支給申請時の添付書類

- ・ 移送に要した費用の領収書(原本)、および、その明細がわかるもの