

【記入見本】青字の箇所をご記入ください。

必ず押印してください。

健康保険		被保険者		移送承認申請書・移送届・移送費支給申請書					
日中必ず連絡のつくところを ご記入ください。		家 族		わからぬときは、社員番号を記入してください。					
被 記 入 す る と こ ろ 医 師 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者の記号番号	記号	100	②被保険者の氏名及び生年月日	タナカ タロウ		印		③
	④連絡先(電話番号)	(内線)	0120	(自宅) 06 - 1111 - 2222 (携帯) 090 - 3333 - 5555	昭和・平成 50 年 11 月 11 日生	田中 太郎		印	
搬送業者等にご確認のうえ、 正確にご記入ください。		受けたときは び生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日生		⑥傷病名	四肢骨折・全身打撲		
險 者 が 記 入 す る と こ ろ	⑦発病又は負傷の年月日	平成 令和 1年 5月 21日		⑧発病又は負傷の原因	バイクの運転中にカーブを曲がりきれず、転倒する。			負傷の原因は 第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	⑨ 移送を受けた 理由・区間・ 年月日及び 費用の額	理由	山間部のため、手術できる病院がなかったため。						
		区間	山中診療所 から 大阪病院 経由 まで						
		回数	距 離	移送の年月日	利用交通機関	移送に要した費用			
1 回	100 km	令和 1年 5月 22日	ヘリコプター	350,000 円					
在 職 者 が 記 入 す る と こ ろ 退 職 者 (任 意 繼 続 被 保 険 者)	⑩給付金の支払いについて	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者は在職中である。 ⇒ 給与振込口座に支払います。 <input type="checkbox"/> 被保険者は退職者である。又は、 ⇒ 請求者の名義又は必ず押印してください。 任意継続被保険者である。							
	⑪アストラゼネカ株式会社 代表取締役堀井 貴史を代理人と定め、この請求に基づく給付金の受領を委任します。 田中 太郎								
	被保険者の氏名及び印 田中 太郎								
	在職中の方のご請求の場合は、記入不要です。								
医 師 が 記 入 す る と こ ろ	⑫ 銀 行 信 用 金 庫	金融機関コード	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	<input type="checkbox"/> その他	()		
	希望機関名	(フリガナ)	本店	支 店 コ ー ド	名 義	(フリガナ)	()		
	委任状	この申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。							
被保険者(請求者)の氏名及び印 田中 太郎									
代理人の 住 所 田中 太郎									
医師の証明をお願いします。									
①保険診療を開始した日 平成 令和 年 月 日		②必要と認めた移送の区間 から 経由 まで 回数 回		③移送を必要と認めた理由					
上記の理由で移送の必要を認めます。									
令和 年 月 日 所 在 地 医療機関等の 名 称 医 師 の 氏 名 ・ 印 TEL									

※この申請書には移送に要した費用の領収書を必ず添付してください。

[受付印]

- ※記入上の注意 1. 印ははっきり押し、印もれのないようにしてください。なお、訂正したときは③と同じ印を訂正印として押してください。(印鑑は認印可。スタンプ印・日付印は不可。)
 2. ⑪には③と同じ印を押印してください。
 3. 退職者(任意継続被保険者)で、被保険者(請求者)本人名義以外の口座に振込みを希望するときは、⑬により代理人に給付金の受領委任をしてください。なお、そのときは⑭に③に押した印と同じ印を押してください。
 4. ⑧、⑩及び⑪の□には該当の事項に✓を入れてください。