

健康保險移送費申請書

* 記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は③の被保険者氏名の下に12桁の数字をご記入ください。

[illegible]

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代理人の欄』にもそれぞれ記入・捺印が必要です

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。			平成 年 月 日
	被保険者	住所		
		氏名		(印)
	代理人	住所		
氏名			(印)	

受付目付印

※下記の欄については必ず医師に証明をもらってください

医 師 が 意 見 を 書 く と こ ろ	移 送 を 必 要 と す る 意 見 書			
	傷 病 名			
	傷 病 経 過 の 概 要			
	移 送 経 路 及 び 移 送 方 法			
	移 送 年 月 日 及 び 回 数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ()回		
	移 送 に 要 す る 費 用 額			
	移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由			
	付 添 を 必 要 と 認 め た 理 由			
と	上 記 の と お り 移 送 の 必 要 を 認 め ま す。 平成 年 月 日 医 療 機 関 名 住 所 電 話 番 号 医 師 の 氏 名 (印)			

(医師への注意事項)

1. 傷病経過の概要欄の記入にあつては、移送料の支給要否の判断に必要な事項を詳細に記入してください。
2. 移送経路及び移送方法欄については、移送区間、距離、方法等詳細に記入してください。