

被保険者
家 族

移送承認届・移送費支給申請書

記入例

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	8500-0000		事業所の名称	〇〇事業所				
				所 属	総務課				
				社 員 番 号	1234567				
	移 送 を 必 要 と す る 者 の 氏 名	氏 名	健保 花子		生 年 月 日	00年 00月 00日		被 保 険 者 と の 続 柄	妻
	傷 病 名	低出生体重児				発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	00年 00月 00日		
	傷 病 の 原 因	産まれたとき、呼吸に異常があったため、緊急に処置してもらう必要があったが、 その病院には設備が整っていなかったため、設備が整った病院へ搬送する必要が生じた。							
	移 送 区 間	〇〇産婦人科 から ⇒ 〇〇総合病院 まで							
	移 送 日	00年 00月 00日		回 数	1 回		距 離	50 km	
	移 送 に 要 し た 費 用 の 額	50,000円		利用交通機関		新生児専用救急車			
	第三者の行為に よるものですか	☐ はい ・ ☒ いいえ							
給 付 金 振 込 先	給与振込口座								
上記のとおり申請します。 00年 00月 00日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町77 請求者の 氏名 健保 太郎 DMG森精機健康保険組合理事長殿 印									

医 師 記 入 欄	傷	この欄は医師に証明を依頼してください 低出生体重児						
	移	00年 00月 00日				回 数	1 回	
	移 送 区 間	〇〇産婦人科 から ⇒ 〇〇総合病院 まで						
	移 送 を 必 要 と す る 理 由	産まれたとき、呼吸に異常があったため、緊急に処置してもらう必要があったが、 その病院には設備が整っていなかったため、設備が整った病院へ搬送する必要が生じた。						
	上記の理由により移送の必要を認めます。 00年 00月 00日 医療機関住所 〇〇県〇〇市〇〇町361 医療機関名称 〇〇産婦人科 医師の氏名 山田 太郎 印 TEL 0000(00)0000							

【添付書類】

移送に要した費用の領収書(原本)及び、費用の内訳がわかる明細書