

健康保険 **被保険者** 被扶養者 移送費支給申請書

(その1)

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	5000	1000	事業所の名称	けんぽスタッフ (株)			
	傷病名	① 心筋梗塞		発病又は 負傷の年月日	昭和 平成	18年 5月 7日		
	発病又は 負傷の原因	② 不詳						
	③ 移送先及び 年月日	④ 葛飾病院			平成	18年 5月 7日		
	⑤ 移送の経路	⑥ 青戸胃腸外科		から	葛飾病院	移送に要した 費用	⑦ 3,720 円	
	付添人の氏名 及び住所	〒						
	第三者行為に 因るときは その事実							
	第三者の氏名 及び住所	〒						
	家族が移送を 受けたときは その者の	① 氏名	該当せず		生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	被保険 者との 続柄
	上記のとおり申請いたします。 平成 18年 6月 5日 〒 165 - 0022 ② 住所 東京都大田区田園調布 6 - 1 - 5 被保険者の 氏名 派遣花子 ㊟ 人材派遣健康保険組合理事長殿 ㊟ 03 - 3456 - 7890							

任意継続  
被保険者の方は  
任意継続と記入

⑦

委 任 状	私は、 に請求した移送費の受領方を委任します。	平成 年 月 日
	⑧ 〒	平成 年 月 日
	住所	
	本人 氏名	㊟ ③
	〒	
	住所	
	代理人 氏名	㊟

平成 年 月 日提出

受付日付印

事務長	業務部長	Gリーダー	担 当

(その2)

医師又は 歯科 科 医師 の 意見	移送を必要と 認められた理由	当方入院医療設備が整っておらず、 緊急手術を要するため、葛飾病院に転送した。
	付添を必要と 認められた理由	
	入院した病院又は 診療所の名称	葛飾病院
	上記のとおり相違ありません。	
平成 18 年 6 月 1 日		
〒 125 - 0062		
住所 東京都葛飾区青戸 1 - 1 - 3		
医師又は歯科医師の		
氏名 青戸胃腸外科 院長 野川 勝		野川印

移送を指示した医師に意見書を記入いただいでください。

医療機関の印ではなく、医師の印を頂いてください。

支払金融機関の欄	※ 振 込	預金種別	1: 普通 4: 貯蓄	9	ひまわり	銀行 金庫 農協	田園調布	本店 支店
	支店コード	3 2 1	口座番号	7 6 5 4 3 2 1	口座名義	カタカナで記入	10	ハケン ハナコ

● 注 意 事 項

1. 標題の「被保険者」及び「家族」の文字は、いずれか該当する方の文字を丸で囲んでください。
2. 標題の被保険者の文字を丸で囲んだときは、①の欄に「該当せず」と記入してください。
3. ②欄の被保険者氏名を本人自ら署名した場合は押印不要です。また、受領代理人へ委任する場合は③欄への本人の押印が必要です。
4. この申請には、移送に要した費用の領収書を必ず添付してください。
5. 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を記入してください。
6. 「※」欄には記入しないでください。

- 1 移送を要した原因となった傷病名についてご記入ください。
- 2 ① で記入した傷病名の発病又は負傷原因がわかる場合は、必ず記入してください。
- 3 移送された医療機関名と移送された日をご記入ください。
- 4 移送前の医療機関名と移送先の医療機関名をご記入ください。
- 5 移送に要した費用を記入し、領収書原本を添付してください。
- 6 医学的判断より医師や看護婦が付き添った場合にご記入ください。
- 7 第三者行為により負傷した場合はこの欄に記入し、別紙の「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- 8 給付金の受取を代理人に委任する場合は、委任者と受取代理人の押印が必要です。
- 9 郵便口座への振込はしておりませんので、必ず銀行口座をご記入ください。
- 10 移送を受けたのが被扶養者であっても被保険者の口座を記入してください。