

健康組合 使用欄	受付日	年	月	日
	記入例	事務長	担当	担当
不支給理由				

移送にかかった費用の確認できる領収書原本、その領収金額の内訳が確認できる資料を添付してください

健康保険証に記載されている番号をご記入ください

移送費申請書

		申請日	2024 年 4 月 1 日				
保険証		フリガナ	ケンポ タロウ				
記号	番号	電話番号	〇〇〇-△△△-××××				
1234	5678	被保険者氏名	健保 太郎				
移送を必要とする者の氏名	健保 花子	移送を必要とする者の生年月日・続柄	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	2 年 8 月 1 日			
傷病名	左大腿骨骨折		発病または負傷年月日	2024 年 3 月 30 日			
発病または負傷の原因及びその経過		分からない場合は不明、外傷性の傷病の場合は負傷原因を詳細に記載してください					
移送年月日	2024 年 3 月 30 日		移送回数	1 回	移送距離	40 Km	
移送を受けた区間	愛知県〇〇市 から 愛知県△△市 まで		移送先	〇〇〇総合 病院			
利用手段(交通機関)	タクシー		移送に要した費用	15,000 円			
委任状	給付金の受領を事業主に委任します。事業主経由でお支払いします。 年 月 日 被保険者住所 〒 被保険者氏名						
振込先	・委任した時は振込先の記入不要 ・任意継続被保険者は給付金振込口座にお振込みします <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本・支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
	口座番号			口座名義人(カタカナ)			
医師証明欄	傷病名	派遣・搬送を必要とする理由					
	入院した場合	実施日	年	月	日		
		年	月	日から	年	月	日まで
移送を必要と認めた医療機関にて証明							
		医療機関所在地 〒					
		医療機関名称					
		医師の氏名					

(注) (1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付して下さい。

(2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

注意事項	支給の時期	療養費の支給は、毎月20日(土日祝の場合は翌平日)までに審査が完了した申請を翌月10日(金融機関休業日の場合は前平日)に、事業所に支給します。 ※任意継続被保険者は、直接給付金振込口座にお振込みします。
	支給決定通知書	支給月の10日頃からマイヘルスプラスにてダウンロードいただけます。 http://toyotsu.or.jp/kenpo/

◆申請ルート◆ 申請者→事業所→健保組合