健康保険 被保険者 家族　移送費　支給申請書

1

※ 骨髄液又は臍帯血の搬送に係る申請は「療養費支給申請書」で申請してください
※ 「2 医師記入用」に支給要件の記載がありますのでご確認ください

被保険者（申請者）情報			
被保険者等記号・番号	記号 300 ― 番号 123456	氏名	フリガナ ケンポ（氏）健保　フリガナ ヨシオ（名）良夫
住所	〒 164 ― 0000 東京都中野区○－○－○　△△マンション○○号室	生年月日	☑ 昭和 ☐ 平成 51 年 6 月 24 日
事業所 名称	綜合警備保障株式会社	所在地	〒 107 ― 8511 東京都港区元赤坂１－６－６
事業所 所属	○○○支社　□□□営業所	事業所番号など	― ××××

事業所の名称、所在地は「本社」
所属には「実際に配置されている支社、部署」をお書きください

申請内容				
移送を受けた方	☑ 被保険者（本人） ☐ 被扶養者（家族）	被扶養者（家族）の場合はその方の氏名		生年月日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
傷病名	心筋梗塞	発病または負傷年月日	令和 6 年 5 月 2 日	
発病の原因および経過（詳しく）	☑ 病気 ☐ ケガ	病気の場合は、下記に【原因および経過】をお書きください 数日前より息苦しさを感じていたところ、自宅で入浴中に突然倒れ、救急車で中野区の○○病院へ搬送された ケガの場合は、別紙「負傷の原因届」を記入のうえ、併せてご提出		
診療を受けた医療機関等（移送元）	名称：○○病院	所在地：〒 164 ― 0001 東京都中野区○○-○○	名：○○　○○	
移送年月日	令和 6 年 5 月 2 日 ～ 令和 6 年 5 月 2 日	日数 1 日間		
移送経路	中野区 ○○病院 から	新宿区△△ 救急医療センター まで	移送距離 5 km	
移送に要した費用の額	100,000 円	移送方法	貸切寝台車	
移送を必要とした理由	心肺停止が見られ、直ちに医療装置の整っている東京都新宿区の△△救急医療センターへ搬送する必要があったため			
付添人の有無	☑ 有 ☐ 無	付添人の氏名：○○　○○（○○病院看護師）	付添人の住所：〒 164 ― 0001 東京都中野区○○-○○	

ケガの場合は、この申請書のほかに「負傷の原因届」が必要です

●この申請による給付金を事業主経由で給与口座へ支給するため、次の申請者欄にご記入ください。

受取代理人欄		
申請者	私はこの給付金の受領を下記代理人に委任します。 氏名　健保　良夫　△△マンション○○号室　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
代理人		

原則、事業主への委任払いとなりますので、申請者欄を記入してください

受取代理人は本社の総合事務部長です
申請者欄に記載のうえ、代理人欄は空白のままで、本社の総合事務部へ提出してください

☐ マイナ　を利用します。

事業主経由で給与口座へ振り込みます

被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

備考欄	

添付書類

①移送に要した費用のわかる領収書
②移送経路、方法等がわかる明細書

※ この申請用紙は2枚組です。2枚目には医師の意見を受けてください。