

支給額	十	万	千	百	十	円
資格取得	年 月 日					
資格喪失	年 月 日					
標準報酬 月 額	千円					

常務理事	事務長	課長		担当者

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被保険者（申請者）が記入するところ	① 被保険者 記号・番号	222-222		② 被保険者名	岩手 自動車販売		
	③ 事業所名称	岩手県自動車販売健康保険組合		⑦ 所在地	岩手県盛岡市みたけ3-32-18		
	④ 移送を受けた方	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）					
	⑤ 家族が移送を受けた場合	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄
	⑥ 傷病名	傷病名		⑧ 発病又は負傷の年月日	平成 令和	7 年 12 月 10 日	
	⑦ 発病の原因および経過 （詳細に記入）	(原因および経過) 発病の原因および経過（詳細に記入）			⑨ 第三者行為によるものですか 1. はい 2. いいえ ※ 「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。		
	⑧ 診療等又は手当を受けた病院の名称・医師名	診療等又は手当を受けた病院の名称・医師名		⑩ 病院の所在地	病院の所在地		
	⑨ 移送経路、移送方法、移送時間および費用の請求	⑪ 移送経路	(フリガナ) モリオカシ 盛岡市 から		(フリガナ) センダイシ 仙台市 から		
		⑫ 移送後	1. 入院 2. 入院外		移送後		
		⑬ 移送機関（支給期間）	平成 令和	7 年 12 月 12 日 から	平成 令和	7 年 12 月 12 日 まで	1 日間
		⑭ 移送回数	1 回		移送に要した費用の額		20,000 円
		⑮ 距離	200 km		利用交通機関		新幹線
	⑩ 移送を必要とする理由	[症状、その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由も併記してください。] 付添人 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 [付添人の氏名 健康 保険 付添人住所 岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇]					
	⑪ 上記のとおり請求します。	日 被保険者 住所 岩手県盛岡市みたけ〇-〇-〇 (請求者) 氏名 岩手 自動車販売 岩手県自動車販売健康保険組合 殿 電話番号 019-641-7061					
	委任状	上記金額の受領をつぎのとおり委任します。 住所 ⑫ 委任された者の 氏名 続柄 () (個人名) ⑬ 委任する者（請求者）の 氏名					
⑫ 支払金融機関	⑯ 銀行等名	岩手 銀行		みたけ 本	支店 確認		
	⑰ 預金の種類	普通預金・当座預金					
	⑱ 口座番号	123456					
	⑲ 預金者の氏名	岩手 自動車販売					

担当医師が記入するところ	傷病名		移送方法	
	移送経路	市 から 市 まで		
	移送期間	年 月 日 から 年 月 日		
	移送を必要と認めた理由 (付添いがあった場合は、付添いを必要と認めた理由も記入して下さい。)			
	年 月 日	医療機関	所在地	名称 医師名

※ 注意事項

- 移送に要した費用額の領収書及びその明細がわかる書類
- 担当医師が記入するところの欄は、申請に必要な項目がきさいされている意見書等がある場合は意見書を添付し、担当医師が記入するところの欄は記入不要です。
- ⑫支払金融機関の確認は事業所担当で確認お願いいたします。

受付印