

**記入例** ご不明な点は健康保険組合までお問い合わせください

【提出先】①被保険者(申請者) → ②健保組合 → ③人事G → ④健保組合 (口座振込の方は省略)

【移送後に申請する場合は、移送に要した費用の領収書および明細書(原本)を添付して下さい。】  
 【移送が必要な場合は、事前に健保組合にご連絡下さい。】

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

受付年月日	支払年月日

太枠内をご記入ください。

申請年月日 平成 〇〇年〇〇月〇〇日

① 被保険者証 記号・番号	211 - 1234567	④ 被保険者 (申請者) 氏名・印	虹技 太郎	⑤ 姓	虹技	⑥ 生年 月日	昭和 平成 〇〇年 11月 1日
被保険者 ③ (申請者) 住所・TEL	〒 671 - **** 姫路市大津区〇〇1-1-1 TEL 079 (****) ****	事業所名称 所在地	虹技 株式会社 姫路市大津区助兵衛町4丁目1番地	勤務地 【部署名】	姫路 東京 北陸 名古屋 北九州 ■ 人事部 OOG		
② 移送を 受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 →	⑦ 氏名	虹技 花子	⑧ 続柄 長男、 二女等	妻	⑨ 生年 月日	昭和 平成 〇〇年 1月 20日
⑩ 傷病名	左大腿骨骨折	発病または ⑪ 負傷年月日 (療養開始日)	平成 〇〇年 10月 4日				
⑫ 発病または負傷 の原因(詳しく)と [移送を必要とする 理由]	<input type="checkbox"/> 病気 <input checked="" type="checkbox"/> ケガ ケガの場合は「負傷原因報告書」を提出 10月4日、ハイキングの途中、足を滑らせて転落し、大腿部を負傷した [骨折により歩行困難なため]						
⑬ 移送経路 (例：〇〇病院から〇〇病院まで)	A市〇〇医院からB市〇〇病院まで	⑭ 移送年月日	平成 〇〇年 10月 7日				
⑮ 移送方法	タクシー	⑯ 距離 回数	△△ km 1 回	⑰ 移送に要した 費用の額	15,000 円		
⑱ 付添人の 有無・住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 ) 〒	<input checked="" type="checkbox"/> 無					
⑲ 第三者行為による時はその事実、第 三者の氏名および住所 ⑳ 「負傷原因報告書」を提出	(氏名) (住所) 〒						

㉑～㉓  
被保険者についてご記入ください。  
 ㉑ 保険者証に記載されている  
記号・番号  
 ㉒ 氏名・押印  
 ㉓ 生年月日  
 ㉔ 住所・電話番号  
勤務地・所属部署名

㉕～㉗  
移送を受ける方について、ご記入  
ください。

㉘  
病気・ケガのどちらかに✓し、原因  
は詳しく。ケガの場合は「負傷原因  
報告書」を添付してください。

㉙㉚  
移送経路と移送年月日

㉛㉜  
移送方法(電車などの交通機関も  
可能)、距離・回数を記入してく  
ださい。

㉝  
領収書・明細書に記載の金額を記入し、  
原本を添付してください。

㉞  
医師の判断で医師、看護師等の  
付添を要したとき、『有』に✓  
し、その方の氏名と住所を記入  
してください。

㉟  
第三者行為による負傷の場合は別  
途「負傷原因報告書」を添付して  
ください。

移送元の医師・歯科医師の意見  
記入欄

① 移送を必要とする理由 (病状、その他具体的に記入下さい)	左大腿骨骨折
② 付添を必要と認めた理由	ハイキング中に骨折し、歩行困難となったため
③ 移送経路(区間)	A市〇〇医院からB市〇〇病院まで
④ 移送方法	タクシー
⑤ 上記のとおり相違あり	平成 〇〇年 〇月 〇日
⑥ 医師または歯科医師の 住所 〒	A市……
⑦ 医療機関名称 および氏名	〇〇医院 〇〇 〇〇

医師・歯科医師 記入欄

＜現金受取の方＞ 姫路勤務で現金受取が可能な方      ＜口座振込の方＞ 勤務地が姫路以外の方または現金受取が不可能な方

平成 〇〇年〇〇月〇〇日

① 本申請に基づく給付金に関する受領を  
\*\*\*\*\* ② に委任します。

被保険者  
(申請者)  
氏名・印

虹技 太郎

金融 機関 名称	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
③ 振 込 先 口 座	種別 普通 当座    口座 番号	12345678
口座 名義	カギナ 虹技	タロウ 太郎

㊱または㊲  
給付金の受取方法を選択してく  
ださい。  
 姫路勤務の方は㊱に被保険者(申  
請者)氏名と押印を、  
 姫路勤務以外の方は㊲に被保険  
者(申請者)の口座をご記入下さ  
い。

④ 支給 決定 年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日	⑤ 支給 決定 金額	円	⑥ 支給 方法	現金 振込	⑦ 常務理事	事務長	担当者
⑧ 移送 年月日	平成 〇〇年 〇月 〇日	⑨ 距離・回 数	km 回	⑩ 備考				

健康保険組合 記入欄