

※支給支払決議書	受付年月日	平成 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	
	同年月日	平成 年 月 日	記入例			
	決済年月日	平成 年 月 日				
	支給金額	百万 拾万 万 千 百 十 円	健保組合記入欄 (記入不要)			
	資格取得年月日	平成 年 月 日				
資格喪失年月日	平成 年 月 日					
移送期間 回数	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 回					

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険被保険者 移送承認申請書・移送届・移送費支給申請書
家族

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	1 被保険者証 記号・番号	2 123 - 45678	2 被保険者氏名	健 保 太 郎		
	3 被保険者の 現住所	〒123-4567 ○○県△△市□□1-2-3 コーポ456 Tel. 03-1234-5678				
	4 事業所名称	株式会社 ○ △ □ ☆	5 資格を取得 した年月日	平成 12年 4月 1日		
	6 被扶養者 に関する申請 時はその者の	A 被扶養者氏名	B 被扶養者生年月日	C 被保険者との続柄		
	7 発病又は負傷 の年月日	平成 22年 4月 12日	8 傷病名	呼吸障害、チアノーゼ		
	9 発病の状態 又は負傷の原因	出生から6時間経過後に呼吸障害、チアノーゼに陥る。 外傷性によるケガの場合は「負傷原因届」を提出下さい。		10 第三者行為によるものですか □ はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/>		
	11 診療を受けた 医療機関等	【名称】 ○ △ □ ☆ 病院	【所在地】 東京都千代田区神田○-△-□			
	12 移送を必要とする または移送を受けた	【理由】 出生から6時間経過後に呼吸障害、チアノーゼが出現し、改善しないため、大学病院への搬送が必要となった。 【区間】 ○ △ □ ☆ 病院 から ○ ○ 大学病院 まで 【期間】 平成 22年 4月 12日 から 平成 22年 4月 12日 まで 【回数】 1回 【距離】 15 km 【利用交通機関】 新生児専用救急車 【移送に要した費用】 8,480 円				
	13 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組 ○○○ 銀行・金庫・信組 △△△ 支店 普通№ 12845678				

※訂正した場合は、必ず訂正印（被保険者氏名欄同一印）を押印して下さい。

※移送に要した費用が確認できる書類として、「移送に要した費用の領収書原本」を添付して下さい。

1

被保険者の移送による場合は、「被保険者」に○印をして下さい。
被扶養者の移送による場合は「家族」に○印をして下さい。

2

交付してある健康保険被保険者証から転記して下さい。

3

被扶養者の移送による場合は「被扶養者の氏名・生年月日・被保険者との続柄」を記入して下さい。

4

負傷の原因が外傷性によるケガ（傷病名が骨折・挫創等）の場合は、「負傷原因届」を提出して下さい。

5

「はい」と答えた場合は、「第三者行為による傷病届」を提出して下さい。

6

被保険者名義の口座を記入して下さい。

7

添付が必要となる書類がありますので、必ず確認して下さい。

受 取 代 理 人 の 欄	14 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日 住所 給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入して下さい。 ※給付金対象者が死亡の場合等に使用して下さい。 住所 代理人 氏名 印
	15 振込希望の 金融機関名

医 師 が 意 見 を 記 入 す る と こ ろ	16 患者氏名	健 保 次 郎	17 傷病名	呼吸障害、チアノーゼ
	18 移送を必要とする理由 〔症状、その他具体的に記入して下さい。〕	健保花子ベビーは、平成22年4月12日に出生し、出生より6時間後に呼吸障害、チアノーゼが出現し、改善しないため、○○大学病院への搬送が必要と判断した。		
	19 移送の方法 区間・回数	新生児専用救急車により当病院から○○大学病院まで1回		
	20 上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 医療機関所在地 東京都千代田区神田○-△-□ 医療機関名称 ○ △ □ ☆ 病院 医師の氏名 ● ▲ ■ ★ Tel. 03-1010-2020	担 障 医		

移送を必要と判断した医師の証明が必要となります。

【医療機関担当医師殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印（担当医師印）を押印して下さい。