

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
伺年月日	令和 年 月 日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
決裁年月日	令和 年 月 日				
支給額	円	資格取得年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日		
		資格喪失年月日	令和 年 月 日		
		支払年月日	令和 年 月 日		

被保険者(本人) 家族 移送費申請書

被保険者(本人)が記入するところ	① 被保険者証の記号・番号			② 事業所の名称		
	③ 被保険者の氏名			④ 被保険者の生年月日	□昭和 □平成 年 月 日	
	⑤ 移送を受けた者の氏名			⑥ 移送を受けた者の生年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	
	⑦ 傷病名			⑧ 発病又は負傷の年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	
	⑨ 発病又は負傷の原因			⑩ 移送年月日	令和 年 月 日	
	⑪ 移送の経路及び方法			⑫ 移送に要した費用	円	
	⑬ 付添人の氏名及び住所	氏名		住所		
	⑭ 第三者に因る時はその事実					
	⑮ 第三者の氏名及び住所	氏名		住所		
	⑯ 振込希望機関	銀行 金庫 組合	店	□座番号	□普通 □当座	
				□座名義 (カタカナ)		
	⑰ 公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (利用する場合は□、利用しない場合は⑯振込希望機関をご記入ください)				
	上記のとおり申請します。					
	令和 年 月 日		⑱ 〒 被保険者の住所			
	エクセディ健康保険組合理事長 殿		氏名			
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載して下さい (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		

移送を必要と認める医師の意見書欄	患者氏名	生年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日			
	傷病名	発病又は負傷の原因				
	移送年月日	令和 年 月 日	発病又は負傷年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日		
	移送区間	医療機関名		～医療機関名		
		所在地		～所在地		
	移送方法					
	入院した場合 (移送元医療機関)	保険医療機関名				
		入院期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
	診療所見及び移送を必要と認める理由	傷病の経過及び具体的処置の内容				
		緊急その他やむを得なかった具体的な理由				
付添人(医師・看護師)を必要とする具体的な理由						
上記のとおり移送の必要を認めます。						
令和 年 月 日		所在地				
		保険医療機関の 電話番号				
		名称				
		保険医氏名				

(※注意) 領収書原本(移送費の内訳が詳しくわかるもの)を添付のうえご提出ください。なお、事実確認のため別資料をご提出していただく場合もありますので、あらかじめご了承ください。