

受付年月日	令和 年	<b>書式はA4判で印刷後、各自コピー機でA3に拡大して、ご利用ください。</b>
伺年月日	令和 年	
決裁年月日	令和 年	
<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者(本人) <input type="checkbox"/> 家族		資格取得年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

被保険者(本人)  家族 移送費申請書

① 被保険者証の記号・番号	1-11111	② 事業所の名称	株式会社〇△□
③ 被保険者の氏名	健康太郎	④ 被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 53年 4月 5日
⑤ 移送を受けた者の氏名	健康太郎	⑥ 移送を受けた者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 53年 4月 5日
⑦ 傷病名	急性骨髄性白血病	⑧ 発病又は負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇年 3月30日
⑨ 発病又は負傷の原因	風邪の症状が続き、病院に行った所、上記の傷病名と診断された。	⑩ 移送年月日	令和 〇〇年5月5日
⑪ 移送の経路及び方法	大阪⇄東京(飛行機、JR、バス)	⑫ 移送に要した費用	98,800円
⑬ 付添人の氏名及び住所	氏名 〇〇 △△ (移植コーディネーター) 住所 大阪市大阪区〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号		
⑭ 第三者に因る時はその事実	第三者行為に因るものではない		
⑮ 第三者の氏名及び住所	氏名 — 住所 —		
⑯ 振込希望機関	大阪 銀行 金庫 組合 大阪 店	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567
被保険者(本人)の振込希望機関を記入してください。		口座名義 (カタカナ)	ケンコウタロウ
(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入) 上記のとおり申請します。			
令和〇〇年6月1日		⑰ 〒 111-1112	
被保険者の住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号			
エクセディ健康保険組合理事長 殿		氏名 健康 太郎	
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

<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		生年月日	〇〇年 〇月 〇日
傷病名	添付書類 ・領収書原本 (移送費の内訳が詳しくわかるもの)		
移送年月日	令和 年 月 日	負傷年月日	令和 年 月 日
移送期間	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。

受付年月日	令和 年	書式はA4判で印刷後、各自コピー機でA3に拡大して、ご利用ください。	
伺年月日	令和 年		
決裁年月日	令和 年		
支	円	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

被保険者(本人) 家族 移送費申請書

① 被保険者証の記号・番号	1-11111	② 事業所の名称	株式会社〇△□
③ 被保険者の氏名	健康太郎	④ 被保険者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 53年 4月 5日
⑤ 移送を受けた者の氏名	健康花子	⑥ 移送を受けた者の生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 54年 4月 7日
⑦ 傷病名	急性骨髄性白血病	⑧ 発病又は負傷の年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇〇年 3月30日
⑨ 発病又は負傷の原因	風邪の症状が続き、病院に行った所、上記の傷病名と診断された。	⑩ 移送年月日	令和 〇〇年5月5日
⑪ 移送の経路及び方法	大阪⇄東京(飛行機、JR、バス)	⑫ 移送に要した費用	98,800円
⑬ 付添人の氏名及び住所	氏名 〇〇 △△ (移植コーディネーター) 住所 大阪市大阪区〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号		
⑭ 第三者に因る時はその事実	第三者行為に因るものではない		
⑮ 第三者の氏名及び住所	氏名 —	住所	—
⑯ 振込希望機関	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 1234567
	<input type="checkbox"/> 金庫	口座名義	ケンコウタロウ
	大阪 組合	大阪 店	(カタカナ)
⑰ 公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合は⑯振込希望機関の欄を記入)		
上記のとおり申請します。			
⑱ 〒 111-1112			
令和〇〇年6月1日			
被保険者の 住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号			
エクセディ健康保険組合理事長 殿			
氏名 健康 太郎			
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、本人確認するための添付書類が必要です)			備考欄

被保険者(本人)の振込希望機関を記入してください。

保険医療機関記入欄です。		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
傷病名	添付書類 ・領収書原本(移送費の内訳が詳しくわかるもの)		
移送年月日	令和 年 月 日	負傷年月日	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。