受付年月日	令和　　年
伺年月日	令和　　年
決裁年月日	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。

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

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

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 被保険者等の記号・番号	1-11111	② 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
③ 被保険者の氏名	健康太郎	④ 被保険者の生年月日	☑昭和 □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	☑昭和 □平成 □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	□昭和 ☑平成 □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	☑ 普通　□ 当座　1234567
		口座名義（カタカナ）	ケンコウタロウ

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

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

エクセディ健康保険組合理事長 殿

⑱ 〒 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

氏名 健康　太郎

保険医療機関記入欄です。

添付書類
・領収書原本（移送費の内訳が詳しくわかるもの）

移送を必要と認める医師の意見書欄

傷病名		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
移送年月日	令和　年　月	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

保険医療機関の　所在地

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
伺年月日	令和　　年
決裁年月日	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。

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

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 被保険者等の記号・番号	1-11111	② 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
③ 被保険者の氏名	健康太郎	④ 被保険者の生年月日	☑昭和 □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	☑昭和 □平成 □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	□昭和 ☑平成 □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：☑ 普通　□ 当座　1234567 口座名義（カタカナ）：ケンコウタロウ
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振込希望機関の欄を記入）		

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

上記のとおり申請します。

令和〇〇年6月1日

⑱ 〒　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

氏名 健康　太郎

エクセディ健康保険組合理事長 殿

保険医療機関記入欄です。

傷病名		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
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		

移送を必要と認める医師の意見書欄

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和　年　月　日

保険医療機関の　所在地

電話番号

名称

保険医氏名

添付書類
・領収書原本（移送費の内訳が詳しくわかるもの）

（※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。