

提供先:被保険者(社員・任意継続被保険者)⇒小野薬品健康保険組合

健康保険 被保険者 移送費支給申請書  
被扶養者

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号	番号	事業所の名称		
	被保険者の氏名			被保険者の住所		
	傷病名			発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日	
	移送年月日	令和 年 月 日				
	移送の方法	<input type="checkbox"/> 救急車	(	~	)	回
	区間・回数	<input type="checkbox"/> タクシー	(	~	)	回
	移送する者が被扶養者 である場合はその氏名		生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 小野薬品健康保険組合理事長 殿 〒 - 住所 被保険者の 氏名						
受取 委任 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名  ※ 会社を介して給付金を給与口座に振り込むために必要ですので必ず署名下さい。 ※ 但し、任意継続被保険者の方は、当欄への記入は不要です。					

(添付書類) 移送に要した費用の額を証明する領収証(コピー不可)

※「健康保険(被保険者・被扶養者)移送費承認申請書」を事前に提出している場合、下欄の医師の証明は不要です。

医 師 が 証 明 す る 欄	傷病名				
	移送を必要 とした理由 (具体的に)				
	入院した期間	自 平成・令和 年 月 日	日間		
		至 平成・令和 年 月 日			
	移送の方法	救急車	(	~	)
区間・回数	タクシー	(	~	)	回
上記のとおり移送を必要と認めます。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 名称 医師名 ㊟					

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者