健康保険 被保険者 家族 移送費 支給申請書

※1 マイナポータルの健康保険証情報または、「資格確認書」や「資格情報のお知らせ」にある記号・番号をご記入ください。

被保険者が記入するところ	被保険者の記号と番号※1	記号		番号				
	被保険者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者の住所及び連絡先	〒 －		☎：日中の連絡先	( )			
	被扶養者が受診した場合	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	傷病名			発病又は負傷年月日	平成 令和	年	月	日
	発病又は負傷の原因	仕事中 ・ 通勤中 ・ 私用時 ・ 原因不明 ・ その他（ ）						
		（どこで・どのように受傷されたかの詳細を必ずご記入ください。）						
	第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ	※傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。					
	移送の経路	移送元	から	移送先	まで			
	移送の手段及び距離	手段	□ 専用車 □ 鉄道 □ その他（ ）	距離	km	移送後	入院 ・ 入院外	
	移送期間及び回数、費用	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		回数	回	費用	円	
	付添があった場合はその方の※2	氏名		受診者との関係性				
		住所	〒 －					

※2医学的管理が必要な場合のみになりますので、家族等親族の付添は対象外となります。

◎振込先名称は必ず記入してください。なお、被保険者以外の受領を希望する場合は委任状に記入願います。

振込先名称	被保険者の公金受取口座を利用する場合は右記に☑。→ 利用しない場合は下記口座情報を記入。↓	□ ： 公金受取口座を利用します。					
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協	本店 支店 出張所	預金種類	普通 当座 別段	支店番号	口座番号
	口座名義（カタカナ）	被保険者の氏名と異なる場合は必ずご記載願います。					

委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 〒 － 住所 代理人 被保険者の氏名 氏名

添付書類
移送に要した費用の領収書
移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

受付日付印

マイナンバー記入欄 （被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

□□□□□□□□□□□□

※記入の際は別途添付書類が必要となります。
給付課までお問い合わせ願います。

東京都医業健康保険組合（７．４改）

移送費申請用

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書	
患者氏名	
生年月日	
傷病名	
移送を必要とする理由 ※症状など具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由も記入してください。	
移送の経路・方法 区間・回数	
移送年月日	

上記の通り移送の必要を認めます。　　令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

電話番号　　（　　）