

提出先: 健保組合(大阪オフィス内)

Date of application (YY/MM/DD) ●● 年 ●● 月 ●● 日 提出

EXAMPLE

Application Form for Transportation 御中
下記のとおり請求します

移送費請求書

医師の指示で一時的・緊急的
必要が、被保険者
移送された場合

※「移送費承認申請書」による事前申請が必要です。
やむを得ない事由のために事前に承認申請できなかった
場合は、事後速やかに承認申請してください。
※移送後、領収書(原本)を添付して請求してください。

To be filled out by the claimant

事業所 勤務先 Establishment Place of work	部署 Division ●●●部
記号 Symbol	番号(氏名コード) Number (name code) ●●●●●●
被保険者 保険証 Health insurance card	氏名 Name 健保 太郎
氏名 Name	Seal 健保 Not required if signed by hand
所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。	

氏名 Name 健保 花子	生年月日 Birth date (YY/MM/DD) ●●年●●月●●日 [和暦]	続柄 Relationship 長女
移送者 Person transported	移送年月日 Date of transportation (YY/MM/DD) ●●年●●月●●日～●●日 [●日間]	
傷病名 Name of sickness/injury ●●●●●●	傷病の経過 Background of sickness/injury ●●●●●●	
移送先の医療機関で入院・診療した期間 Period hospitalized/treated at destination medical care institution ●●年●●月●●日～●●日	移送先の医療機関の名称および所在地 Name and address of destination medical care institution ■■病院 ■■科 ■■県■■市■■	
移送の方法 Means of transportation タクシー	移送に要した費用 Cost of transportation ■■■■■ 円	移送の回数 Number of times transported ■ 回
移送の区間 Section of transportation 〇〇市△△区 ●●病院～〇〇市△△町 ■■病院		

常務理事	事務長	担当者	承認番号	支給決定額					
For use in processing by the Health Insurance Association				移送費					
支給対象期間				年	月	～	日	(日間)	備
被保険者の資格				年	月	～	月	日	
扶養				* The seal of the insured person may be omitted only when signed by hand by the insured person (applicant).					
				Benefits will be paid on the payday of the month after the month in which the documents are received.					
				If you are currently employed, check the "[Paid] Health Insurance Benefits (Nontaxable)" column.					

※被保険者の印は、被保険者(申請者)が自署する場合に限り押印を省略することができます。

書類到着の翌月給与日に支給します。
在職者は給与明細の「【支給】健保給付金(非課税)」欄で確認ください。
任意継続被保険者には、申請時に指定された銀行口座に振込みます。

If you are a Voluntarily and Continuously Insured Person, payment will be remitted to the account indicated on the application.