

被保険者  
被扶養者 移送費承認届・移送費支給申請書

係	事務長	常務理事

※訂正したときは、必ず二重線で抹消のうえ訂正印を押印して下さい。

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名			
	被保険者の 現住所	〒 - TEL ( )			事業所名称		
	移送者氏名	(被保険者との続柄: )			移送者の 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				発病又は 負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
	発病又は負傷 の原因および 移送の経緯	※ケガの場合は、状況なども詳しく記入して下さい。					
	移送年月日	令和 年 月 日	移送方法 (利用交通機関)				
	移送区間	自 至			移送に要した 費用	円	
	傷病が第三者 の行為による ものであるか 否か	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	傷病が第三者の行為 によるものとき		その事実の届出を JSR健保組合へ 第三者の氏名・住所 (不明のときはその旨)	<input type="checkbox"/> している・ <input type="checkbox"/> していない	
	振込希望口座 (被保険者名義)	金融機関名			支店名		
		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所		
	金融機関コード	店番コード	種目	口座番号(右ヅメ)	口座名義(カタカナで記入)		
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座				

医 師 証 明 欄	傷病名		移送年月日	令和 年 月 日
	移送を必要と 認めた理由			
	移送を必要と 認めた区間	自 至	回数	回
	移送方法 (利用交通機関)		移送後	病院 入院 ・ 入院外
		上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 所在地 医療機関 名称 医師名 (印)		

<添付書類>

移送に要した費用の領収書(原本)

<注意事項>

- 発病又は負傷の原因が、業務上や通勤途中の事故による場合は、移送費の申請はできません。
- 負傷の原因が、第三者行為や交通事故による場合は、別途「第三者行為・自損事故による傷病届」等の書類が必要となります。
- 別途、経路地図等の添付をお願いする場合があります。

・被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(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。)

健保受付日付印

--

備考欄

--

◎健保処理欄

<input type="checkbox"/> 移送費・本人(1122)	支給額	円
<input type="checkbox"/> 移送費・家族(1126)		