

# 記入例

JSR健康保険組合 御中

いずれかにチェックして下さい。

健保組合へ提出する日を記入して下さい。

押印を忘れずに(シャチハタ可)

保険証を見て記入して下さい。

※訂正したときは、必ず緑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

	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者	移送費承認届・移送費支給申請			係	事務長	常務理事
					押	印	不
					要		
被 保 険 者 記 欄	被保険者証の記号番号	記号 **	番号 ****	被保険者氏名	健保 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保印</span>		
	被保険者の現住所	〒***-**** 三重県四日市市〇〇町**** TEL ****(****)****			事業所名称	〇〇〇(株)	
	移送者氏名	健保 太郎 (被保険者との続柄: 本人)		移送者の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 **年**月**日 <input type="checkbox"/> 令和		
	傷病名	急性心筋梗塞		発病又は負傷年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 **年**月**日 <input type="checkbox"/> 令和	骨折・捻挫などの場合は、どこで何をしているときに負傷したかも記入して下さい。	
	発病又は負傷の原因および移送の経緯	※外傷性のケガの場合は、ケガをしたときの状況なども詳しく記入して下さい。 自宅で倒れ、A病院に搬送されたが、A病院では手術の設備がなく、緊急のためB病院へ転院する必要があった。					
	移送年月日	令和 **年**月**日	移送方法 (利用交通機関)	A病院の患者搬送車			
	移送区間	自 A病院	至 B病院	移送に要した費用	50,000 円		
	傷病が第三者の行為によるものであるか否	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" 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)	金融機関コード ****	店番コード ***	種目 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(右ヅメ) *****	支店名 ××	口座名義(カタカナで記入) ケンボ タロウ

いずれかにチェックして下さい。

被保険者名義の口座を記入して下さい。

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		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 <span style="float: right;">印</span>					

移送に要した費用の領収書(原本)を必ず添付して下さい。

備考欄