

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	被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者氏名				印	
	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				
		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)			

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。

・被保険者証の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)		