

健康保険 被保険者 被扶養者 移送費 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

次のいずれにも該当する場合

- 保険診療として適切な医療を受けるために移送が行われたこと
- 患者が負傷・疾病により著しく移動が困難であること
- 緊急その他やむを得ない事情があること

(移送費にあたらないもの)
 例：旅行先で負傷し、救急処置後（手術後容態が安定等）
 自宅近くの医療機関へ転院するための移動費用

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2か3)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください								
	氏名 (フリガナ)											生年月日 年 月 日
申 請 内 容	受領委任 について	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。(健保→事業主→被保険者)										委任します 印
	届出委任 について	※届出を事業主に委任される場合 (右の承認印を押印) 添付書類をそろえて事業主へ提出し事業主から健保へ ※届出を事業主に委任しない場合 (右の委任の承認印は押印不要) ①被保険者の記号、番号、氏名を記入し事業主へ提出 ②事業主から受領代理人である事業主印を押印されたものを 受取る ③残りの必要事項を記入し、添付書類と一緒に被保険者から直接健康保険組合へ届出を行う										委任します 印
	受診した方 の氏名											生年月日 年 月 日
	区間											続柄
移送日												移送に要した費用 円

医 師 記 入 欄	傷病名	
	傷病の経過および現状	
	移送を必要とする理由	
	上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日
	医療機関の所在地	
	医療機関の名称	
	医師の氏名	印
	電話番号	

事 業 主 欄	受領の代理人であることを証明します。	年 月 日
	事業所所在地	事業主担当者名
	事業所名称	
	事業主氏名	印
	電話番号	

添付書類 支払明細のわかる領収書

- ・大阪ガス社員の方で届出を委任しない方は、
①の時に返送用の重要便シールを同封してください。

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。