

記入例

花王健康保険組合(本人・**家族**)移送費

※移送費は、移送がやむを得ない場合で、経済的かつ合理的な方法による移送である場合にのみ支給されます。
申請内容によっては、支給されないこともありますのでご了承ください。

被 保 険 者	①氏名		②氏名コード		③被保険者証の記号-番号	
	花王 太郎		123456		1	123456
	④事業場・支社支店		⑤所属		⑥勤務地	
	茅場町事業場		サービスG		茅場町	
被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	⑦電話番号	会社	⑧	自宅	⑨	
			7890	98	7654	3210
	⑧氏名		⑨続柄		⑩生年月日	
	花王 月子		妻		昭平 61年 8月 1日	
	⑪傷病名		⑫発病または負傷年月日		平成 27年 11月 21日	
	肋骨骨折、右肺挫傷					
	⑬発病時の状態または傷病の原因		車の運転中カーブを曲がり切れず、塀に激突			
	⑭移送経路		所在地、医療機関名称等			
			沖繩市沖繩1-2-3-4 沖繩医院 から			
			那覇市那覇5-6-7-8 那覇市メディカルセンター まで			
⑮移送方法		⑯移送年月日		平成 27年 11月 21日		
搬送車						
⑰付き添い人		氏名		住所		
⑱費用の額		75,320 円		⑲傷病は第三者行為(交通事故もしくは暴行など加害者がいる場合)によるものですか?		
				はい・いいえ		
		⇒「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」の提出が必要になります。健保にご連絡ください。健保よりお渡します。				
↓在職者の場合に記入(会社経由で、給与口座に振り込みます。)		⑳委任状				
		事業主を代理人として、健康保険組合より支給される移送費の受領を委任します。				
		被保険者 氏名		花王 太郎		
↓任意継続、資格喪失後の場合に記入		銀行 口座番号		1.普		
㉑振込希望銀行名		支店 店番		2.当		
				サイン不可		

該当する方に記入

医 師 が 証 明 す る 欄	患者名	傷病名	移送年月日	平成	年	月	日	
	移送経路	所在地、医療機関名等						から
		所在地、医療機関名等						まで
	移送を認めた理由		⑳		方法			
	上記のとおり相違		平成		年		日	
医療機関の所在地		⑲		電話番号		()		
医療機関の名称								
医師の氏名								

医師にて証明

【添付書類】 ①移送費用の「領収書」(原本)

【お願い】 ボールペンで記入してください。(鉛筆・消せるボールペンでの記入不可)
ご提出前に記入漏れ、捺印、添付書類、医師の証明の確認を再度お願いします。
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、事前に健保へご相談ください。

【問合せ先】 花王健康保険組合 花王G :茅場町 ☎03-3660-7681 内線8-1-7681
花王G (KC社員) :大阪 ☎06-6533-7599 内線8-2-7599

健 保 記 入 欄	支給額		円		受付番号	
					支給日	
					年 月 日	
	被 保 険 者	取得日	年 月 日	被 扶 養 者	認定日	年 月 日
	喪失日	年 月 日		削除日	年 月 日	

健保受付印