

常務理事	事務長	調査	G L	担当	

## 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書

三菱マテリアル健康保険組合

(注意事項)  
4 3.2.1. この申請書は、被保険者および被扶養者について移送の承認があった場合に、その費用の支給を受けるため申請するものです。  
この申請書には、移送に要した費用の領収証を必ず添付してください。  
標題の「被保険者」、「被扶養者」の別、および②、⑩の欄は、それぞれ該当する文字を丸で囲んでください。また、⑧の欄は該当するほうに✓し、有の場合は氏名および住所を記入してください。  
個人情報の取扱いについて  
この請求書に記載の個人情報は、この給付金の支払業務に利用します。  
この請求・支払手続きは、事業主を経由して請求し、給付金が支払われることに同意されたものとして処理します。

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号		② 被保険者の 氏名と生年月日		S・H 年 月 日		⑩			
	③ 被保険者の 現住所		(郵便番号)		—		(電話番号)			
	④ 事業所の 名称									
	⑤ 傷病名		⑥ 発病又は 負傷年月日		平成		年 月 日 時 分			
	⑦ 発病又は 負傷の原因									
	⑧ 付添の有無 及びその住所		<input type="checkbox"/> 有(氏名 )・ <input type="checkbox"/> 無 (郵便番号) —							
	⑨ 移送を受けた 区間年月日 及び費用の額		① 区間		から		經由		まで	
			② 回数		③ 里程		④ 移送の年月日		⑤ 利用交通機関	
			km		平成		年 月 日			
	⑩ 被扶養者が移 送を受けたと きはその者の		① 氏名		② 生年月日		S ・ H 年 月 日		③ 続柄	
医 師 の 記 入 す る と こ ろ	⑪ 傷病名		⑫ 移送年月日		平成		年 月 日			
	⑬ 移送を必要 とした事由									
	⑭ 付添を必要と 認めた理由									
	⑮ 移送の方法 区間及回数		⑯ 費用の見積額		〔 移送後のと きは実費 〕					
	⑰ 上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 医療機関住所 医療機関名称 保険医氏名 <span style="float: right;">⑩</span>									

⑱ 上記の給付金の受領方を右の者に委任します。		住 所	
平成 年 月 日		事業所名	
被保険者名		⑩ 代理受領者 <span style="float: right;">⑩</span>	

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。)

備考欄	
-----	--

— 受付日付印 —