

健康保険 被保険者 療養費支給申請書

【移送費】

聖隷健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	記号・番号	記号	番号	生 年 月 日			事業所 名称				
				昭和 平成	年	月			日 (歳)		
	被保険者 (申請者) 氏名	(フリガナ)			被保険者 (申請者) 住 所	(フリガナ)			TEL ()		
	移送が被扶養者に関 するときは、その方の		氏 名		続 柄		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日 生 (歳)
	傷病名						発病または 負傷の日		平成 令和 年 月 日		
	発病または負傷の 原因および経過		「どこでどうなった?」「相手は?」など				診療を受けた 医療機関等		医療機関等 医 師 名		
	移送経路、 移送方法、 移送期間 および費用	移送経路						から まで			
		移送年月日		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間							
		移送先						移送に要し た費用の額		円	
距離		km				利用交通機関					
付添人の有無		☐ 有 → 付添人の 氏 名 付添人の 住 所 ☐ 無									
受 取 代 理 人 の 欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 ※ 《受取代理人》は事業所が記入										
	《被保険者・申請者》 令和 年 月 日 住 所 氏 名					《受取代理人》 住 所 氏 名					
支 払 金 融 機 関 の 欄	※任意継続・退職者等は支払金融機関の欄を記入。										
	銀 行 金 庫			本 店 支 店	種 別	1：普通 2：当座	口 の 座 氏 名 義 人	(フリガナ)			
	口座番号										
備 考 欄	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。)								受付日付		

※裏面をよくご覧の上、提出してください。

2024年12月改訂

＜申請に必要な書類＞

- 移送に要した領収書およびその明細がわかるもの
- 以下の事項を記載した医師または歯科医師の意見書
 - ・ 移送を必要と認めた理由（付添があったときは、併せてその付添い必要と認めた理由）
 - ・ 移送経路、移送方法および移送年月日

◇療養費の支払について（共通）

A.在職者の場合

- ・事業所の総務担当者に申請書を提出してください。
- ・原則、療養費は給与払いで支給しますので、受取代理人の欄の《被保険者・申請者》欄をご記入ください。
- ・支払金融機関の欄には何も記入しないでください
（被保険者の個人口座が誤って記入されているケースがあります。）

B.資格喪失（退職）した場合

- ・療養費は個人口座に支払われますのでその情報を記載してください。
- ・受取代理人の欄は記入しないでください。

◇訂正が必要な時（共通）

- ・記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容とサインをご記入ください。

ご不明な点がございましたら、053-413-3323 聖隷健康保険組合までお問い合わせください。