

健康保険

被保険者

家族

被保険者

家族

移送費支給申請書

被保険者、家族いずれかにチェックをしてください。

1ページ

【被保険者(申請者)記入用】【表】

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号	記号 2700 番号 1234	生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 59 年 6 月 13 日 在職者は必ずチェックをして事業所 担当部署経由で申請してください。 ☒ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)
	氏 名	(フリガナ) ノウキョウ タロウ 農協 太郎	提出委任	
	住 所	〒 123 - 4567 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号 〇〇〇〇マンション〇〇号室		
	事業所名称	〇〇〇〇農業協同組合	電話番号 (日中の連絡先)	077 (123) 〇〇〇〇
	所属部署	〇〇〇〇支店 共済課	仕事の内容 (詳しく)	ライフアドバイザーとしてJA共済の推進業務

振込先 指定口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄をご記入ください。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。									
	金融機関名	〇〇〇〇			☒ 農協 ☐ 信連	〇〇〇〇			☒ 支店 ☐ 本店 ☐ 出張所	
	種 別 (いずれかに○)	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号 (右づめで記入)	0	0	1	2	3	4	5
	口座名義 (カタカナで記入)	ノウキョウ タロウ								

被保険者等の記号・番号が不明な場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は本人確認書類の添付が必要です。)

→ * * * * * * * * * *

同意書

健康保険法に基づく受診者(被保険者又は被扶養者)に対する保険給付に関する調査のため、貴職が必要とする事項(受診者(被保険者又は被扶養者)の個人情報を含む)について、関係する官公署・医療機関・保険者等に対して貴職が照会・依頼を行い、回答・提供を受けることについて同意します。また、照会・依頼を行うに当たり、貴職が当該機関に対して必要な範囲で説明を行うことについて了知します。

なお、本書の写しも有効とします。

令和 6 年 7 月 10 日

滋賀県農協健康保険組合 理事長 様

住所 : 滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号
〇〇〇〇マンション〇〇号室

受診者(氏名) : 農協 健一郎

法定代理人(氏名)
(未成年等の場合) : 農協 太郎

被保険者(申請者)記入用は2ページ【裏】に続きます

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

被保険者、家族いずれかにチェックをしてください。

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

【被保険者(申請者)記入用】【裏】

被保険者氏名		農協 太郎				
申請内容	1.受診者	☐ 被保険者 ☒ 家族(被扶養者)		2.第三者行為によるものですか	☐ はい ☒ いいえ	はいの場合は「第三者行為による傷病届」を提出してください。
	1-① 家族の場合、その氏名と生年月日	氏名	農協 健一郎		生年月日	☐ 昭和 ☒ 平成 27 年 7 月 10 日 ☐ 令和
	3.傷病名	左大腿骨骨折			4.発病又は負傷年月日	令和 6 年 5 月 20 日
	5.発病又は負傷の原因及び経過	(いつ) 令和6年5月20日 午後1時ごろ (どこで、何をしているとき) 自宅の階段を登っているとき、転倒して階段から落下した。〇〇〇〇診療所で受診し大腿骨骨折と診断された。 (経過の詳細) 歩行困難で、〇〇〇〇診療所では、手術の設備が十分でなく、医師の指示で緊急に転院し、●●●●病院で手術を受け、入院した。 令和6年6月10日 ●●●●病院を退院し、現在、経過観察中。				
	6.診療を受けた医療機関等	名称	住所		診療した医師等の氏名	
		〇〇〇〇診療所	滋賀県大津市〇〇〇〇3丁目2番1号		健康 一郎	
	●●●●病院	滋賀県栗東市〇〇〇〇5丁目6番7号		健保 花子		
	7.移送経路及び移送年月日	発着地	住所		発着時刻	
		出発 〇〇〇〇診療所	滋賀県大津市〇〇〇〇3丁目2番1号		令和 6 年 5 月 20 日 ☐ 午前 4 時 30 分 ☒ 午後	
	到着 ●●●●病院	滋賀県栗東市〇〇〇〇5丁目6番7号		令和 6 年 5 月 20 日 ☐ 午前 5 時 20 分 ☒ 午後		
8.移送方法	タクシー		9.移送に要した費用の額	1 5 4 , 2 0 0 円		
10.付添人の有無及びその住所	☒ 有 ☐ 無	付添人の氏名	付添人の住所			
		農協 花子	滋賀県大津市〇〇〇〇1丁目2番3号			

【医師・歯科医師 記入用】

医師・ 歯科医師 記入欄	1.移送を必要と認めた理由	〇〇〇〇のため			
	2.付添を必要と認めた理由	〇〇〇〇のため			
	3.移送経路	〇〇〇〇診療所から●●●●病院			
	4.移送方法	タクシー	5.移送年月日	令和 6 年 5 月 20 日	
	上記のとおり相違ありません。 令和 6 年 6 月 10 日				
	医療機関の所在地	滋賀県大津市〇〇〇〇3丁目2番1号			
医療機関の名称	〇〇〇〇診療所				
医師又は歯科医の氏名	健康 一郎				