支給決議書	伺い年月日		年　月　日	該当条文	常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	担当者
	資格	取得	年　月　日	97 条						
		喪失	年　月　日	112 条						
	移送年月日		年　月　日	支　給　額						
	支給の有無		支給　・　不支給							

健康保険 移送費支給申請書

被保険者	被保険者等記号番号	―	事業所名　称	
	氏　名		生年月日	昭・平・令　年　月　日
	住　所	〒　－		

移送費申請内容	移送を受けた方	□　被保険者　□被扶養者（家族）（続柄：＿＿＿＿＿）			
	被扶養者（家族）の場合はその方の	氏名		生年月日	昭・平・令　年　月　日
	傷病名				
	発病または負傷の原因				
	発病または負傷年月日	年　月　日	第三者の行為によるものですか？	□　はい　※② □　いいえ	
	診療等又手当を受けた病院あるいは診療所の	名称		担当した医師	
		所在地			
	移送経路	から　まで			
	移送後	□　入院　□　入院外	移送先		
	移送期間	年　月　日　から　年　月　日　まで			
	移送回数	回	移送に要した費用の額	円	
	距離	ｋｍ	利用交通機関		

※　①次ページに医師の証明を受けてください。
　　②はいの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が別途必要です。

受付日付印

静岡県信用金庫健康保険組合

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、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。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷病名	
移送を必要と認めた理由	
付添が必要な場合は、付添を必要と認めた理由	
移送経路	
移送方法	
移送年月日	年　　月　　日

上記のとおり移送の必要を認めます。

年　　月　　日

医師または歯科医師の

住所

氏名

㊟　証明書が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

静岡県信用金庫健康保険組合