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						
	資格 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	501 － 3001	事業所名称	いろは信用金庫
	氏　名	健保 太郎	生年月日	昭・平・令 45 年 10 月 22 日
	住　所	〒 422 － △△△△ 静岡市駿河区駿府1－1		

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	左大腿骨骨折		
	発病または負傷の原因	ハイキング中に転倒		
	発病または負傷年月日	令和 6 年 11 月 1 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	○○クリニック	担当した医師 ○○ ○○
		所在地	静岡市葵区井川○-○	
	移送経路	静岡市 から 静岡市 まで		
	移送後	☑ 入院　□ 入院外	移送先	静岡市立○○総合病院
	移送期間	令和 6 年 11 月 1 日 から 令和 6 年 11 月 1 日 まで		
	移送回数	1 回	移送に要した費用の額	15,000 円
	距離	50 ｋｍ	利用交通機関	タクシー

※　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	左大腿骨骨折
移送を必要と認めた理由	緊急に手術を要するも当院に設備がなく、また病状も重篤であったため、乗合自動車で静岡市立〇〇総合病院への搬送を必要とした。
付添が必要な場合は、付添を必要と認めた理由	
移送経路	〇〇診療所 ～ 静岡市立〇〇総合病院
移送方法	タクシー
移送年月日	令和 6 年 11 月 1 日

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和 6 年 11 月 20 日

医師または歯科医師の

住所 静岡市葵区井川〇ー〇

氏名 〇〇 〇〇

㊟ 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