

被保険者情報	記号	番号 ※枝番記載不要	生年月日	
	被保険者証の (右づめ)	123	6789	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 50 年 8 月 3 日
	氏名	(フリガナ) ゴタンダ サチコ 五反田 幸子		
住所	(〒 987 - 6543 ) 東京都品川区大崎8-88-8 山手タウン101			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 1234 ) 5678			

振込先指定口座	金融機関 名称	日本	銀行	東京	本店
			金庫		支店
			信組		
預金種別	普通	口座番号	1 1 1 1 1 1 1	左づめでご記入ください。	
(フリガナ) 口座名義	ゴタンダ サチコ 五反田 幸子			口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人	

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
		住所	
		氏名	印
代理人 (口座名義人)	住所	(〒 - ) TEL ( )	委任者(申請者) と代理人との 関係
	(フリガナ)		
	氏名		

2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

※給付条件は医師が一時的・緊急的な移送の必要性を認めた場合で、かつ以下の要件に全てに該当し、  
保険者が適切と判断した場合に限られます。

- 医師の指示により適切な保険診療を受けるために移送された場合
- 移動を行うことが著しく困難であること
- 緊急その他やむを得ない事情等で医療機関に搬送収容した場合

【記入上の注意事項】 記入訂正する場合は訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押印または欄外「訂正者氏名」にフルネームで署名してください。

訂正者氏名(フルネーム)

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者（氏名 <b>五反田 剛</b> ）
	移送を受けた方の生年月日及び被保険者からみた続柄	昭和・平成・令和 <b>10</b> 年 <b>3</b> 月 <b>20</b> 日 被保険者からみた続柄（ <b>長男</b> ）
	傷病名	<b>右大腿骨骨折</b>
	発病または負傷の原因	<b>スキー中に誤って木にぶつかり、骨折した。</b>
	発病または負傷の年月日	令和 <b>6</b> 年 <b>1</b> 月 <b>10</b> 日
	移送経路および移送方法	<b>松本診療所から長野総合病院</b> ・ <b>タクシー</b>
	移送回数および移送距離	<b>1</b> 回 ・ <b>50</b> Km
	移送年月日	令和 <b>6</b> 年 <b>1</b> 月 <b>10</b> 日
	付添人（医師または看護師等）の有無及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有（氏名 <b>保険 花子</b> ・ <b>看護師</b> ） ・ <input type="checkbox"/> 無 〒 <b>555 - 8888</b> <b>長野県松本市松本通り1丁目7-6 松本診療所</b>
	移送に要した費用の額	<b>15,000</b> 円
	第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 「第三者行為による傷病届」をあわせて提出してください ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
第三者の氏名及びその住所 ※第三者情報が不明の場合はその旨をご記入ください。	氏名 〒 -	

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由	<b>歩行が困難な状況であり、当院の医療機関の設備では十分な診療ができず、医師の指示で緊急に転院したため。</b>
	付添を必要と認めた理由	<b>歩行が困難な状況であったが患者輸送車が手配できずタクシー移動となり、負傷部位を固定しながらの移動のため付添人が必要となった。</b>
	移送経路	<b>松本診療所から長野総合病院までの区間</b>
	移送方法・回数	<b>タクシー</b> ・ <b>1</b> 回
	移送年月日	令和 <b>6</b> 年 <b>1</b> 月 <b>10</b> 日
	上記のとおり相違ありません。	令和 <b>6</b> 年 <b>2</b> 月 <b>5</b> 日
医師または歯科医師の住所および氏名	住所 〒 <b>555 - 8888</b> <b>長野県松本市松本通り1丁目7-6 松本診療所</b> 氏名 <b>保険 太郎</b>	

## 【添付書類】

移送に要した費用の領収書（原本）※内訳のわかるもの

## 【提出先】

シーイーシー健康保険組合

 訂正者氏名(フルネーム)