

Application Form for Transportation Expenses (Insured Person, **Dependent**)

令和 年 月 日 提出
Date submitted (Y/M/D) : ○○ / ○ / ○

被保険者（請求者）の記入欄 To be filled out by insured person (claimant)	被保険者 記号番号 Insured person code and no.	事業所の名称 Employer name	___ Pharmaceutical Company Limited	
	123 - 4567	所属/Section	___ Div., ___ Dept.	TEL 999-9999
	被保険者の氏名 Name of insured person	住所 Address	〒000 - 0000 1-1-1 ___ cho, ___ ku, ___	
	Taro Kempo	電話番号 TEL	999-9999-9999	
	移送を受けた方 Person transported	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名) <input type="checkbox"/> Insured person / <input checked="" type="checkbox"/> Dependent (Name: Hanako Kempo)		
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄 Date of birth and relationship of the person transported	令和 年 月 日 続柄() Date Y/M/D: ○○○○ / ○ / ○○ Relationship: Mother		
	傷病名 Sickness/injury name	Osteoporosis, pelvic fracture		
	発病または負傷の原因 Cause of sickness or injury	Due to aging		
	発病または負傷の年月日 Date of sickness or injury	令和 年 月 日 Date Y/M/D: ○○○○ / ○○ / ○○		
	移送経路並びに移送方法 Route and method of transportation	From XX Clinic to XX Hospital by scheduled ferry and taxi		
移送年月日 Date of transportation	令和 年 月 日 Date Y/M/D: ○○○○ / ○○ / ○○			
付添人の有無及びその住所 Attendant (Yes/No) and their address	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> Yes (Name:Taro Kempo) / <input type="checkbox"/> No 〒000 - 0000 1-1-1 ___ cho, ___ ku, ___			
移送に要した費用の額	円 23,000 yen			
第三者の行為によるものですか Was this caused by an act of a third party?	<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> Yes / <input checked="" type="checkbox"/> No			
第三者の行為の場合、氏名及びその住所 If caused by an act of a third party, their name and address	氏名 Name 〒 -			
振込先 Payment Destination	本請求に基づく給付金は以下の口座に振り込みます。(確認後□にチェック[✓]を付けてください。) Benefits based on this application will be transferred to the following account. (Please check [✓] the box after confirming.) <input checked="" type="checkbox"/> 在職者: 事業主に支給し、事業主から給与口座に合算して振込み Employees: Paid to the employer and transferred to your payroll account together with your salary. <input type="checkbox"/> 任意継続者: 資格取得申請書に記載された振込口座 Voluntarily and Continuously Insured Persons: The bank account listed on the application for enrollment. ※上記振込先ではなく、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合 ⇒ □(チェック[✓]してください) *If using a public funds receipt account pre-registered on Mynaportal, etc., instead of the above account ⇒ □ (Please check [✓])			
医師の意見欄 Doctor's Opinion	移送を必要と認めた理由 Reason transportation was deemed necessary	Because there is no hospital capable of providing treatment near the patient's residence.		
	付添を必要と認めた理由 Reason an attendant was deemed necessary	Because the hospital capable of providing treatment is located far away, and the patient requires assistance with transportation.		
	移送経路並びに移送方法 Route and method of transportation	From XX Clinic to XX Hospital by scheduled ferry and taxi		
	移送年月日 Date of transportation	令和 年 月 日 Date Y/M/D: ○○○○ / ○○ / ○○		
	上記のとおり相違ありません。I hereby certify that the above information is correct.	令和 年 月 日 Date Y/M/D: ○○○○ / ○○ / ○○		
	住所 Address / Postal code	〒 -		
	医療機関名 Name of medical institution	〇〇〇〇 / ○○ / ○○		
	医師または Name of doctor or dentist	〇〇〇〇 / ○○ / ○○		
	歯科医師の氏名	〇〇 [自署の場合は印鑑不要] Seal [No seal required if signed by hand]		

振込み先を必ず確認して□にチェック[✓]をご記入ください。
Please be sure to confirm the payment destination and check [✓] the box.

移送を必要と認めた医師の証明を受けてください。
Please obtain certification from the doctor who deemed the transportation necessary.

公金受取口座をご利用の場合は下記にご留意ください。
If you are using a public funds receipt account, please note the following.

<留意事項>

- ◎公金受取口座を利用する場合、マイナポータル等での登録手続きが完了していることを必ずご確認ください。登録が完了していない場合、給付金の振込が遅れます。
- ◎武田薬品の方は、SATO社会保険労務士法人福岡オフィス(宛先などは武田薬品健保ホームページに掲載)へ、武田薬品以外の方は各会社の健康保険事務担当者に提出してください。

◎ If you are using a public funds receipt account, please be sure to confirm that the registration process on Mynaportal, etc., has been completed. If the registration is not complete, the transfer of benefits will be delayed.

◎ If you are a Takeda Pharmaceutical Company Limited employee, send this form to the Fukuoka Office of SATO Social Insurance and Labor Attorney Corporation (refer to the Takeda Health Insurance Society website for the address and other details).

If you are an employee of an employer other than Takeda Pharmaceutical Company Limited, submit this form to the section of your company in charge of health insurance administration.