

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
移送承認 年月日	年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被 保 険 者 移 送 費 申 請 書

被保険者証の 記号・番号		事業所 の名称	
移送を受けた 者の氏名		生年月日	年 月 日 被保険 者との 続柄
傷病名		発病又は 負傷の年月日	年 月 日
発病又は 負傷の原因			
移送の経路 及び方法		移送に要 した費用	円
付添人の氏名 及び住所	氏名	住所	
第三者行為に因る ときはその事実			
第三者の氏名 及び住所	氏名	住所	
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店(普通 当座)	郵便局

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
被保険者の
氏名

健康保険組合理事長 殿

医師又は 歯科医師の 意見	移送を必要と 認めた理由	
	付添を必要と 認めた理由	
	入院した病院又は 診療所の名称	
	入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	移送の経路 及び方法	
上記のとおり相違ありません。		
年 月 日		
住所 医師又は歯科医師の 氏名		

委 任 状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した	被保険者 被扶養者 移送費のうち
	金	円也の受領に関すること。
	住所 被保険者の 氏名	
	住所 代理人の 氏名	
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店(普通 当座) 郵便局

領 収 書	金	円也但し
		うえの金額を領収いたしました。
		年 月 日
		健康保険組合理事長 殿
	住所 受領者 氏名	

(注) (1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付して下さい。
(2) 上記の書類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下さい。