

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決済年月日	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			
常務理事	事務長	係	
資格取得日	年 月 日		
資格喪失日	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書 (移送届)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	被保険者の氏名	男・女	㊟	
		番号	生年月日	年 月 日生		
	被保険者の現住所	〒 電話 ( )				
	被保険者が勤務している事業所の	名称				
		所在地				
	傷病名			発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	
	発病または負傷の原因					
	移送を必要とする	理由			移送に要した費用	円
		区間	経由	回数	回	
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名	生年月日	年 月 日生	続柄	
	付添人の氏名及び住所	氏名	住所			
	第三者行為によるときはその事実					
	第三者の指名及び住所	氏名	住所			
	振込希望の銀行	銀行 支店		普通	口座番号	
				口座名義 (カナ)		
上記のとおり申請します。						
年 月 日						
被保険者の住所 氏名 ㊟						
健康保険組合理事長 殿						

医師が記入するところ	傷病名	移送年月日	年	月	日
	移送を必要と認めた理由(症状などを入れて詳しく)				
	付添を必要と認めた理由				
	移送の経路及び方法				
	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	日間
		年	月	日まで	
	上記のとおり相違ありません。				
	年	月	日		
	住所				印
	医師又は歯科医師の氏名				印

委任状	私は、					を代理人と定め、次の権限を委任する。							
	平成	年	月	日	請求した	被保険者	移送費のうち						
						被扶養者							
						被保険者の	住所	印					
						氏名							
						住所	印						
						代理人の	住所						
						氏名							
振込希望の銀行		銀行			支店	普通	口座番号						
						口座名義(カナ)							

領収書	金 円他但し										
	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										印
	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)を添付してください。

(注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。

(注3) (注3) 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。