

受付年月日	年 月 日
同年月日	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			
常務理事	事務長		抜者
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	

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	移送を必要と認められた理由	
	付添を必要と認められた理由	
	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
	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
金	円也の受領に関する事。	移送費のうち
	住所 被保険者の 氏名	
	住所 代理人の 氏名	

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。

この書面に記載する個人情報健康組合が公表している利用目的の為取得・利用・第三者提供する事に同意します。

年 月 日
氏名