

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	1-1230		事業所 の名称	株式会社テクノポート蒲田	
移送を受けた 者の氏名	尾藤 功		生年月日	昭和 58 年 11 月 10 日	被保険 者との 続柄
傷 病 名	腸閉塞		発病又は 負傷の年月日	平成19 年 3 月 28 日	
発病又は 負傷の原因	不詳				
移送の経路 及び方法	青戸胃腸外科から 葛飾病院迄		移送に要 した費用	28950 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。

19 年 4 月 22 日 111-3333

被保険者の住所 葛飾区柴又3-4-6

氏名 尾藤 功

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	当方に入院医療設備が整っておらず緊急手術 を要するため病院に転送した。	
	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	葛飾病院	
	入院した期間	平成19 年 3 月 28 日 から 平成19 年 3 月 31 日 まで 4 日間	
	移送の経路 及び方法	寝台車搬送	
上記のとおり相違ありません。 平成19 年 4 月 1 日 住所 葛飾区葛飾1-3-1 医師又は歯科医師の氏名 青山 功			

委 任 状	私は、 年 月 日 請求した 被保険者 金 円也の受領に関すること。	を代理人と定め、次の権限を委任する。 被扶養者 移送費のうち
	被保険者の 住所 氏名	⑩
	代理人の 住所 氏名	⑩

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	⑩

(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 ⑩