

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	令和 年 月 日
決済年月日	令和 年 月 日
移送承認年月日	令和 年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	担当者
資格取得日	昭・平・令 年 月 日		
資格喪失日	昭・平・令 年 月 日		
支払年月日	昭・平・令 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	昭・平・令 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	令和 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	經由			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	昭・平・令 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。							
令和 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	令和	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	令和	年	月	日から	日間
		令和	年	月	日まで	
上記のとおり相違ありません。						
令和 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。					
	令和 年 月 日請求した	被保険者	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		
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。					
	令和 年 月 日					
	健康保険組合理事長 殿					
受領者 住所 〒						
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。