

受付年月日	令和 年 月 日
同年月日	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・令和 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	〇〇〇〇	被保険者の氏名	健康 太郎	男・女	男	印
		番号	〇〇〇〇—〇〇	生年月日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日生		女	
	被保険者の現住所	〒 000—0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇—〇 電話 000 (0000) 0000						
	被保険者が勤務している事業所の名称	〇〇〇〇(株)						
	被保険者が勤務している事業所の所在地	〒000—0000 東京都〇〇〇区〇〇町〇—〇						
	傷病名	大腿骨骨折		発病又は負傷の年月日	令和〇〇年 〇〇月〇〇日			
	発病または負傷の原因	ハイキング中に足を滑らせ転倒した。						
	移送を必要とする理由	ハイキング中に骨折し歩行困難になったため。			移送に要した費用	〇〇,〇〇〇円		
		区間	〇〇山から〇〇駅まで		経由	回数	1回	
	被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名	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	健康 花子		住所	〒000—0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇—〇		
	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	〇〇銀行 〇〇支店		普通	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
			口座名義 (カナ)	ケンコウ タロウ 健康 太郎				
上記のとおり申請します。								
令和〇〇年〇〇月〇〇日								
被保険者の 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇—〇								
被保険者の 氏名 健康 太郎								
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				印	

委任状	私は、総務部長 ○○○○ を代理人と定め、次の権限を委任する。						
	令和 ○○年 ○○月 ○○日	被保険者	請求した	被扶養者	移送費のうち		
	被保険者の	住所 〒000—0000	○○県○○市○○町○—○—○	氏名	○○○○		印
	代理人の	住所 〒000—0000	○○都○○区○○町○—○	氏名	総務部長 ○○○○		印
	*(事業主の担当者氏名)		氏名	総務部長	○○○○		
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		
	住所 〒		
	受領者	氏名	
			印

(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。