

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	係
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
被扶養者

移送費申請書

① 被保険者証の記号・番号		② 事業所の名称	
③ 移送を受けた者の氏名		④ 生年月日	年 月 日
⑥ 傷病名		⑦ 発病又は負傷の年月日	年 月 日
⑧ 発病又は負傷の原因			
⑨ 移送の経路及び方法		⑩ 移送に要した費用	円
⑪ 付添人の氏名及び住所	氏名	住所	
⑫ 第三者行為に因るときはその事実			
⑬ 第三者の氏名及び住所	氏名	住所	
⑭ 振込希望の銀行	銀行 支店 [普通当座]		

注：振込口座は被保険者本人のものを記載してください。(被扶養者分の給付も被保険者本人の口座へ振り込みます。)

上記のとおり申請します。	年 月 日
健康保険組合理事長 殿	
住所	
被保険者の氏名	

医師又は歯科医師の意見	移送を必要と認めた理由	
	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	
	入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	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	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	被保険者の氏名	住所	印
	代理人の氏名	住所	印
振込希望の銀行	銀行	支店 [普通]	

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
受領者	住所 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)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。