


受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
移送承認日 年 月 日	年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
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	
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行		支店 (普通 当座)	郵便局

<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">被保険者の 氏名</p> <p style="text-align: right;">健康保険組合理事長 殿</p>	
--	---

記号・番号 : _____ 被保険者氏名 : _____

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 日間
	移送の経路 及び方法	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 医師又は歯科医師の 氏名 (印)</p>		

委 任 状	<p>私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>_____ 年 月 日請求した 被保険者 移送費のうち 被扶養者</p> <p>金 _____ 円也の受領に関すること。</p> <p style="text-align: right;">住所 被保険者の 氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">住所 代理人の 氏名 (印)</p>
	<p>振込希望の銀行 又は郵便局名 _____ 銀行 _____ 支店 (普通 当座) _____ 郵便局</p>

領 収 書	<p>金 _____ 円也但し</p> <p>_____ うえの金額を領収いたしました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 受領者 氏名 (印)</p>
-------------	---

- (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。