

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  
 被扶養者

被保険者証の 記号・番号	000-0000	事業所 の名称	0000株式会社		
移送を受けた 者の名前	健保 太郎	生年月日	00年 4月 1日	被保険者との 続柄	本人
傷病名	腸閉塞	発病又は 負傷の年月日	00年 00月 00日		
発病又は 負傷の原因	不詳				
移送の経路 及び方法	0000クリニックから0000病院へ タクシーで移送		移送に要 した費用	0000 円	
付添人の氏名 及び住所	氏 名	健保 愛子	住 所	00県00市00町1-1	
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	00 銀行 00 支店 ( <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">普通 当座</span> 0000000 )				

上記のとおり申請します。

00年 00月 00日

被保険者の 住所 00県00市00町1-1  
 氏名 健保 太郎



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	
上記のとおり相違ありません。		
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">医師又は歯科医師の 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

委任 状	私は、		を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	年 月 日	請求した	被保険者 被扶養者	移送費のうち
	金	円也の受領に関すること。		
		住所		
	被保険者の	氏名		印
		住所		
	代理人の	氏名		印
振込希望の銀行		銀行	支店〔普通 当座〕	

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	
			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。  
(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。