

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	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所  
被保険者の  
氏名

印

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	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 医師又は歯科医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</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。