

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	被扶養者照合
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		事業所 の名称			
移送を受けた 者の名前		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	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※口座情報の反映には登録から数日を要します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。 利用しない場合は下記の欄を記入して下さい。)				
	銀行	支店	普通 当座	〔 〕	

上記のとおり申請します。 年 月 日  住所 被保険者の 氏名	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。

年 月 日

住所  
医師又は歯科医師の  
氏名

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

- (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。