

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 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	移送費のうち
	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。