

受 付 年 月 日	令和 年 月 日
伺 年 月 日	令和 年 月 日
決 済 年 月 日	令和 年 月 日
移送承認年月日	令和 年 月 日
支 給 額	円
不 承 認	

支給支払決議書			
常務理事	事 務 長	課 長	担 当 者
資 格 取 得 日	令和 年 月 日		
資 格 喪 失 日	令和 年 月 日		
支 払 年 月 日	令和 年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書（移送届）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 険 者 証	記 号	○	被 保 険 者 の 氏 名	京 葉 太 郎	男・女	印	
		番 号	○○○○	生 年 月 日	昭・平・令 ○○年 4月 1日生			
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒○○○-○○○ 電話 ○○(○○○○)○○○ 千葉県千葉市○○区○○町1-1						
	被 保 険 者 が 勤 務 し て い る 事 業 所 の	名 称	○○○○○					
		所 在 地	○○○○○○○○○○					
	傷 病 名	○○○○	発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 ○○年 ○○月 ○○日				
	発 病 ま た は 負 傷 の 原 因	○○○○○						
	移 送 を 必 要 と す る	理 由	○○○○			移送に要した 費 用	○,○○○ 円	
		区 間	○○○○○ から ○○○○			経 由	回 数	1 回
	被 扶 養 者 が 移 送 を 受 け た と き は そ の 者 の	氏 名			生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日生	続 柄	
	付 添 人 の 氏 名 及 び 住 所	氏 名	京 葉 花 子		住 所	千葉県千葉市○○区○○町1-1		
	第 三 者 行 為 に よ る と き は そ の 事 実							
	第 三 者 の 指 名 及 び 住 所	氏 名			住 所			
振 込 希 望 の 銀 行	○○○○銀行 ○○○○支店			普通	口座番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		
				口座名義 (カナ)	ケイヨウ タロウ			
上記のとおり申請します。 令和 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者の 住 所 千葉県千葉市○○区○○町1-1 氏 名 京 葉 太 郎 健康保険組合理事長 殿								

医師が記入するところ	傷病名		移送年月日	令和	年	月	日
	移送を必要と認めた理由（症状などを入れて詳しく）						
	付添を必要と認めた理由						
	移送の経路及び方法						
	入院した病院又は診療所の名称						
	入院した期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 医師又は歯科医師の氏名 印						

委任状	私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和 年 月 日請求した 被保険者 移送費のうち 被扶養者 被保険者の 住所 印 氏名 代理人の 住所 印 氏名						
	振込希望の銀行	銀行	支店	普通	口座番号		
				口座名義 (カナ)			

領収書	金 円他但し うえの金額を領収いたしました。 令和 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 印 氏名						
-----	--	--	--	--	--	--	--

(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。

(注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。

(注3) (注3) 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。