

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	担当者
資格取得日	昭・平・令 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		男・女	⑩
		番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日生		
	被保険者の現住所	〒 電話 ( )					
	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			経由	回数	回
	被扶養者が移住したとき受けた者の氏名	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			住所		
	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)		
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日							
被保険者の住所の氏名							
健康保険組合理事長 殿							

※なお申請について自署の場合は押印を省略可とする。

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	日間
		令和	年	月	日まで	
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						

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 被扶養者	移送費のうち
	被保険者の			住所	氏名		印
代理人の			住所	氏名		印	
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 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。

(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。