

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** 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	〇〇	被保険者の氏名	帝国 太郎		男・女	男	印	
		番号	〇〇〇	生年月日	昭・平・令	〇年〇月〇日	日生	女		
	被保険者の現住所	〒〇〇〇-〇〇〇		電話	** (***) ****					
	被保険者が勤務している事業所の名称	(株)帝国ホテル								
	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇〇〇								
	傷病名	〇〇〇〇	発病又は負傷の年月日	〇〇 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日						
	発病または負傷の原因	〇〇〇〇								
	移送を必要とする理由	〇〇〇〇〇				移送に要した費用	円			
	区間	〇〇〇~〇〇〇		経由	回数	*** 回				
	被扶養者が移住した者の氏名			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	*****		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 神奈川県〇〇市〇〇区〇〇町										
の氏名 帝国 太郎										
								印		
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	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。