







受付年月日	平成 年 月 日
同年月日	平成 年 月 日
決済年月日	平成 年 月 日
移送承認年	平成 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	平成 年 月 日		
資格喪失	平成 年 月 日		
支払年月	平成 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	0000	被保険者の氏名	健保 太郎			男・女				
		番号	0000	生年月日	明・大・昭・平	〇〇年〇〇月〇〇日生						
	被保険者の現住所	〒000-0000		電話	000 (000) 0000							
		〇〇県〇〇市△△町3-2-1										
	被保険者が勤務している事業所	名称	〇〇〇〇株式会社									
		所在地	〇〇県〇〇市△△町1-1									
	傷病名				発病又は負傷の年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日						
	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	00000 円			
		区間				経由	回数	〇 回				
	被扶養者が移住したとき	氏名				生年月日	明大昭平	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											
	第三者の指名及び住所	氏名				住所						
	振込希望の銀行	〇〇〇〇 銀行 〇〇 支店			普通	口座番号	0	0	0	0	0	0
				口座名義(カナ)	ケンポ タロウ							
上記のとおり申請します。												
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日												
被保険者の住所 〇〇県〇〇市△△町3-2-1												
被保険者の氏名 健保 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	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
	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	平成〇〇年〇〇月〇〇日から 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで	〇日間	
	上記のとおり相違ありません。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 医師又は歯科医師の住所 〇〇県〇〇市△△町1 氏名 〇〇〇〇総合病院 〇〇 〇〇 			

委任状	私は、		を代理人と定め、次の権限を委任する。									
	平成	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					
代理人の		住所				氏名						
振込希望の銀行		〇〇〇〇 銀行	〇〇 支店	普通	口座番号	0	0	0	0	0	0	0
				口座名義 (カナ)		ケンポ タロウ						
領収書	金		000000	円他但し		うえの金額を領収いたしました。						
							平成〇〇年〇〇月〇〇日					
							健康保険組合理事長 殿					
		受領者		住所	〇〇県〇〇市△△町3-2-1			氏名 健保 太郎 				

(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。

