

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		被 保 険 者 の 氏 名				男 ・ 女
		番号		生年月日	昭・平・令	年	月	
	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	年 月 日		
	発 病 ま た は 負 傷 の 原 因							
	移 送 を 必 要 と す	理 由					移 送 に 要 し た 費 用	円
		区 間			経 由	回 数	回	
	被 扶 養 者 が 移 送 を 受 け た 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 氏 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。								
年 月 日								
住所								
被保険者の 氏 名								
蝶理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	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	年	月	日から		
		年	月	日まで		日間
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 医師又は歯科医師の 氏名</p>						

委任状	<p>私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。</p> <p>年 月 日請求した 被保険者 被扶養者 移送費のうち</p> <p>被保険者の 住所 氏名</p> <p>代理人の 住所 氏名</p>						
	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	<p>金 円他但し</p> <p>うへの金額を領収いたしました。</p> <p>年 月 日</p> <p>蝶理健康保険組合理事長 殿</p> <p>住所 受領者 氏名</p>						

(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、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) 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。