

蝶理健康保険組合 御中

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	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		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					
	被 保 険 者 の	住 所					
		氏 名	⑩				
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
	<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 <span style="float:right">印</span></p>						

委任状	私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。						
	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						
	うへの金額を領収いたしました。						
				年	月	日	
			蝶理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、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。