

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
移送承認年月日	年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被保険者
被扶養者 移送費申請書

被保険者証の 記号・番号	〇・〇〇〇		事業所の 名称	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリア病院	
移送を受けた 者の氏名	健保太郎		生年月日	50年 12月 1日	被保険 者との 続柄 本人
傷病名	心不全		発病又は 負傷の年月日	22年 4月 17日	
発病又は 負傷の原因	不明				
移送の経路 及び方法	〇〇病院から△△病院 までタクシーで移動		移送に要 した費用	50,000 円	
付添人の氏名 及び住所	氏名		住所		
第三者行為に因る 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	〇〇銀行		〇〇支店	(普通当座 〇〇〇〇〇)	

上記のとおり申請します。

〇年 〇月 〇日

住所 福岡県久留米市〇〇町〇〇〇-〇〇

被保険者の氏名 健保太郎

健康保険組合理事長 殿

医師又は 歯科医師の 意見	移送を必要と 認められた理由	緊急手術を要するが、当院では行えない為、 専門病院への移送の必要を認めた。		
	付添を必要と 認められた理由			
	入院した病院又は 診療所の名称	〇〇病院		
	入院した期間	年	月	日から 日 間 年 月 日まで
	移送の経路 及び方法			
上記のとおり相違ありません。 〇年 〇月 〇日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇 医師又は歯科医師の 氏名 〇〇病院 〇〇〇〇 (印)				

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
	金	円也の受領に関する事。		
	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 当座)		

領 収 書	金	円也但し
	うえの金額を領収いたしました。	
	年 月 日	
	健康保険組合理事長 殿	
受領者	住所	
	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）を添付して下さい。
(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。