

受付年月日	年 月 日
同年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
移送承認日 年 月 日	年 月 日
支給額	
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	1 2 3 4 - 5 6	事業所 の名称	飯野海運(株)	
移送を受けた 者の氏名	健保 太郎	生年月日	51 年 10 月 3 日	被保険 者との 続柄
傷 病 名	腸閉塞	発病又は 負傷の年月日	令和 2 年 4 月 25 日	
発病又は 負傷の原因	不詳			
移送の経路 及び方法	林胃腸外科から日大板橋 病院まで救急車で移動		移送に要 した費用	54,000 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	銀行 × × 支店(普 当座)			


上記のとおり申請します。

令和 2 年 5 月 2 日

住所 東京都練馬区 - x x -

被保険者の
氏名 健保 太郎

飯野 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 認めた理由	緊急手術を要するが、当方に入院医療設備が整って おらず、病院に転送した。		
	付添を必要と 認めた理由			
	入院した病院又は 診療所の名称	林胃腸外科		
	入院した期間	年	月	日から
		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。				
令和2年 5 月 2 日				
住所 東京都練馬区石神井町 - x -				
医師又は歯科医師の 氏名 秋田 利男				
秋田				

委任 状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	令和2年 5 月 2 日請求した	被保険者 被扶養者
	金	円也の受領に関すること。
	住所	東京都練馬区 - x x -
	被保険者の 氏名	健保 太郎
	住所	東京都千代田区内幸町2-1-1
	代理人の 氏名	飯野海運(株)代表取締役 飯野 健
		健保 飯野海運
振込希望の銀行	銀行	x x 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、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。