

(被保険者 ・ 被扶養者) 移送費申請書

※添付資料がA4サイズ以外の場合は本紙裏面に糊付けして下さい

申請者記入欄	被保険者	記号	番号	氏名	会社名・事業所名
	移送を受けた者	氏名		生年月日	被保険者との続柄
	傷病名				
	発症または負傷の原因				
	移送区間	から		まで	
	移送方法		移送年月日	平・令	年 月 日
	移送に要した費用	円 (領収書の原本添付)			
	第三者行為によって負傷した	はい ・ いいえ			

※第三者行為による負傷の場合は、別途届出が必要です。

上記のとおり申請します。

(注)必ず下記の受領委任欄にご記入、ご捺印下さい。

年 月 日

被保険者氏名及び印

Ⓔ

ダイセル健康保険組合理事長 殿

医師証明欄	移送を必要と認めた理由				
	移送の経路および方法				
	付添人の有無および付添い人を必要とする理由	氏名	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> その他()		
	上記のとおり相違ないことを証明する 平・令 年 月 日 医師氏名 Ⓔ				

支給決定伺	健康保険組合使用欄				
	常務理事	事務長	担当者	受付	備考
	支給決定額	円			

受領委任	上記の請求金額の受領方を事業主代理人に委任します。				
	年 月 日		被保険者氏名 Ⓔ		

ダイセル健康保険組合理事長殿