

(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

どちらかに○をつける

申請者記入欄	被保険者	記号	番号	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	保険証の氏名の上 をご覧ください				
	発症または 負傷の原因					
	移送期間	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	印
-------	-----------	---

ダイセル健康保険組合理事長 殿

申請日、被保険者(本人)名、捺印

この欄は、主治医に記入を依頼してください。

この欄は、健保組合で使用します。

申請日、被保険者(本人)名、捺印

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 印