

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		
常務理事	事務長等	係
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 支 給 申 請 書

被保険者等 記 号 ・ 番 号			事業所の 名 称			
移送を受けた 者 の 氏 名			生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄	
傷 病 名			発病又は負傷 年月日	年 月 日		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因						
移 送 の 経 路 及 び 方 法				移送日	年 月 日	
				移送に要 した費用	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			

年 月 日

南都銀行健康保険組合理事長 殿

上記のとおり申請します。

住所

被保険者の 氏名

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由	
	付 添 を 必 要 と 認 め た 理 由	
	移 送 の 経 路 及 び 方 法	
	移 送 年 月 日	
	入 院 し た 期 間 (和暦)	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	入 院 し た 病 院 又 は 診 療 所 の 名 称	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住 所 医師又は歯科医師の 氏 名		

- (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。
- (3) 移送費は、申請書受領後、指定口座へ振り込みます。マイナポータル等で事前登録した口座を利用することもできます。