

健 保 記 入 欄	伺 年 月 日	年 月 日		常務理事	事務長	担当者
	決 裁 年 月 日	年 月 日				
	支 払 年 月 日	年 月 日				
	移送承認年月日	年 月 日	資 格 取 得	年 月 日		
	支 給 額	円	資 格 喪 失	年 月 日		
			不 承 認			

健康保険

被保険者
被扶養者

移送費申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	〇〇 - 〇〇〇〇		事業所の名称	株式会社 〇〇〇〇〇〇〇	
	被 保 険 者 氏 名	移 送 を 受 け た 者 の 氏 名		生 年 月 日	被保険者との続柄	
	健保 太郎	健保 太郎		H〇〇年 〇〇月 〇〇日	本人	
	傷 病 名	〇〇〇〇〇〇〇病		発病又は 負傷の年月日	H〇〇年 〇月 〇〇日	
	発病又は 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		第三者によるものですか	はい・いいえ	
	移送の経路 及び方法	〇日 〇〇病院から〇〇病院 〇日 〇〇病院から〇〇病院		移 送 年 月 日	R〇〇年 〇〇月 〇〇日	
	付添人の氏名 及び住所	氏名	いる場合記入(住所も同様)	住 所		
	受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を事業所代理人に委任します 被保険者(申請者)氏名 健保 太郎 事業所代理人の氏名				
	金融機関	金融機関名称	銀行・金庫	本店	預金種別	普通・当座
		口 座 番 号	任意継続及び喪失者の方はこちらに記入してください			

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	医療機関に記入してもらってください
	入院した病院又は 診療所の名称	
	入 院 し た 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	移送の経理及び方法	
	上記のとおり相違ありません。	年 月 日 医 療 機 関 所在地 名 称 医師氏名 電話 ()