

支給決定

常務理事	総務課長	係長	給付	入院 した 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)	支給決定額
				移送に要した費用	円	円

被保険者

健康保険

移送費申請書

家 族

被保険者証の 記号・番号	—		事 業 所 名			
移送を受けた 者の氏名			生年 月 日	昭・平・令 年 月 日	続柄	
傷 病 名			発症または負傷の年月日		年 月 日	
発症または負傷の原因						
移 送 の 経 路						
移 送 の 方 法					移送に要 した費用	円
付 添 人 の 住所及び氏名	住所	〒 —				
	氏名					
第三者行為による時はその事実						
第 三 者 の 住所及び氏名	住所	〒 —				
	氏名					

※ 受 付 日

水産連合健康保険組合理事長殿 上記により請求します。 年 月 日 被保険者(請求者)氏名	⑩
うえの請求金額の受領を 年 月 日 被保険者(請求者)氏名	⑩に委任します
うえの受領に関する委任を受託します。 年 月 日 委任者氏名	⑩
領 収 書 うえの請求に対する給付金として金 年 月 日 受領者氏名	⑩円を領収しました。

医師または 歯科医師の 意見をかくところ	移送を必要と認めた理由	
	付添を必要と認めた理由	
	入院した病院または 診療所の名称	
	入院した期間	
	移送の経路	
	移送の方法	
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 歯科医師 電話番号 (印)		

(注)

1. この申請書には、移送に要した費用の費用の額を証明する書類(領収書)を添付してください。
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ください。