

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			
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 移 送 費 申 請 書

被保険者証の 記号・番号	2001-00000		事業所 の名称	0000(株)00事業所	
移送を受けた 者の氏名	健保花子		生年月日	昭和 00年00月00日	被保険 者との 続柄 妻
傷 病 名	脳閉塞		発病又は 負傷の年月日	令和00年00月00日	
発病又は 負傷の原因	不詳				
移送の経路 及び方法	0000クリニックから00総合病院 まで民間救急サービス		移送に要 した費用	00,000 円	
付添人の氏名 及び住所	氏 名	医師または看護師等氏名		住 所	00県00市00町1-1
第三者行為に因る ときはその事実	該当せず				
第三者の氏名 及び住所	氏 名		住 所		
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行		支店 (普通 当座)	郵便局	

上記のとおり申請します。

令和00年00月00日

被保険者の 住所 00県00市00町2-1  
氏名 健保太郎

日東電工 健康保険組合理事長 殿



医師又は歯科医師の意見	移送を必要と認めた理由	自分で移動困難な患者であり、当該医療機関の設備では十分な診療ができない為、緊急に転院が必要		
	付添を必要と認めた理由	〇〇等、医学的管が必要な為		
	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
	移送の経路及び方法	令和〇年〇月〇日、〇〇〇〇クリニックから 〇〇総合病院まで 民間救急サービスを利用		
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和〇〇年 〇〇月 〇〇日</p> <p>住所 〇〇県〇〇市〇〇町 1-1</p> <p>医師又は歯科医師の 氏名 〇〇〇〇クリニック 日東一郎 <span style="float: right;">印</span></p>				

- (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。