

被 保 険 者
被 扶 養 者 移 送 費 申 請 書

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記号	**	①事 業 所 の 名 称 所 在 地	名 称	〇〇株式会社		
	番号	*****		所在地	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号		
移 送 を 受 け た 者 の 氏 名	健保 一夫			生年月日	昭和・平成・令和 **年 **月 **日	被 保 険 者 と の 続 柄	実父
傷 病 名	脳卒中			発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令和 **年 **月 **日		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	不詳			移 送 年 月 日	令和 **年 **月 **日		
移 送 の 経 路 及 び 方 法	△△病院→〇〇病院 車椅子・リフトタクシー			移送に要 した費用	**,*** 円		
付 添 人 の 氏 名 及 び 住 所	氏 名	健保 太郎		住 所	〒 ***-*** △△市△△町△△丁目△△番△△号		
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	〒		
② (退職者のみ記入) 振 込 希 望 の 銀 行	銀行		支店	口座 名 義	フリガナ		
	(普通)		()				
上記のとおり申請します。 令和 **年 **月 **日 〒 ***-*** 住 所 △△市△△町△△丁目△△番△△号 被 保 険 者 の (申 請 者) 氏 名 健保 太郎 住友ファーマ健康保険組合理事長 殿							

③ 委 任 状 給与での給付手続きを 事業主へ依頼する為 必要ですので、必ず 記入してください。 (任意継続被保険者・ 退職者は不要です)	私は①に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した移送費 の受領に関する権限を委任します。 〒 ***-*** 住 所 △△市△△町△△丁目△△番△△号 被 保 険 者 の (申 請 者) 氏 名 健保 太郎						
---	--	--	--	--	--	--	--

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					
	入院した病院又は 診療所の名称	証明をもらって下さい				
	入院した期間	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間
	移送の経路 及び方法			移 送 年 月 日	令和 年 月 日	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住 所</p> <p>医師又は歯科医師の 氏 名</p> <p>印</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) 医師または歯科医師の意見を記入してもらって下さい。
- (3) 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。
- (4) 2 欄は、退職者(任意継続被保険者)が申請する場合に記入して下さい。在職中の被保険者は2 欄に記入しないで下さい。
- (5) 3 欄は、在職中の被保険者が申請する場合に記入して下さい。代理人である事業主から被保険者の給与振込口座に振込まれます。(4)に記載の退職者は3 欄に記入しないで下さい。
- (6) なお、一部の事業所の方で、(4)(5)とは異なる取扱いをする場合があります。