

被 保 险 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	○○株式会社		
	番号	*****		所在地	○○市○○町○○丁目○○番○○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→○○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			
第三者行為によるときはその事実							
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 (普通)			口座名義	フリガナ		
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	<b>証明をもらって下さい</b>			
	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
上記のとおり相違ありません。					
令和 年 月 日					
〒					
医師又は歯科医師の 住所 氏名					
印					

- (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。