支給額	円
移送承認年月日	令和　年　月　日
資格取得日	昭 平 令　年　月　日
資格喪失日	令和　年　月　日
処理区分	1　支給　　2　不支給

＊上記枠内は記入しないで下さい。

決議				
受付年月日	令和　年　月　日			
伺年月日	令和　年　月　日			
決裁年月日	令和　年　月　日			
支払年月日	令和　年　月　日			

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

被保険者等記号・番号	記号	２８〇〇	事業所名称所在地	名称	〇〇〇〇〇〇株式会社		
	番号	〇〇〇〇		所在地	東京都〇〇区〇〇　〇〇丁目〇〇番地〇〇号		
移送を受けた者の氏名	被保険者			生年月日	昭和 平成　年　月　日		
	被扶養者	健　保　太　郎		生年月日	昭和 平成 令和　〇〇年〇〇月〇〇日	被保険者との続柄	父
傷病名	脳梗塞						
発病又は負傷の原因	不　明			発病又は負傷の年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
移送方法	介護タクシー			移送年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
移送経路	〇〇市立病院～高速～〇〇大学付属病院						
付添人の氏名及び住所	氏名			住所			
移送に要した費用の額	金　４５，０００　円						
第三者行為によるものですか	はい	第三者の行為による負傷であるときは加害者の住所氏名		住所			
	いいえ			氏名			
移送を必要とする理由	高度先進医療を必要とするため						

上記のとおり申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所　東京都〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇号

被保険者　氏名　健　保　慎之介

電話　〇〇〇〇　（　〇〇　）　〇〇〇〇

日本ケミコン健康保険組合　理事長　殿

委任状			
本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			令和　年　月　日
被保険者（申請者）	住所		
	氏名		
代理人	住所		委任者と代理人の関係
	氏名		〔　　〕
振込希望の金融機関	銀行・金庫・農協	支店	普通 当座　第　号

受付日付印

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷　　病　　名	
移送を必要とする理由 （症状、その他具体的に記入して下さい。）	
移送を必要と認めた理由	
付添いを必要と認めた理由	
移　送　経　路	
移　送　方　法	
移送年月日	令和　　年　　月　　日

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和　　年　　月　　日

住所

医師　氏名

電話　　（　　）

領収書	金＿＿＿＿＿＿円也領収いたしました。 令和　　年　　月　　日 日本ケミコン健康保険組合　理事長　殿 受領者　住所 氏名　　㊞

（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。