

支 給 額								円
移送承認年月日	平成		年		月		日	
資格取得日			年		月		日	
資格喪失日	平成		年		月		日	
処理区分	1 支給		2 不支給					

決 議	常務理事	事務長	主 管	担当者
	受付年月日	平成	年	月 日
	伺 年 月 日	平成	年	月 日
	決 裁 年 月 日	平成	年	月 日
	支 払 年 月 日	平成	年	月 日

*上記枠内は記入しないで下さい。

被保険者
被扶養者
移 送 費 支 給 申 請 書

被保険者証 記号・番号	記 号 番 号	事 業 所 名称所在地	名 称 所在地		
移送を受けた者の氏名	被保険者	生年月日		昭・平 年 月 日	
	被扶養者	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	被保険者 との続柄	
傷 病 名					
発病又は負傷の原因				発病又は負傷 の年月日	平成 年 月 日
移 送 方 法				移送年月日	平成 年 月 日
移 送 経 路					
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 円				
第三者行為によるものですか	1 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		
	2 いいえ		氏 名		
移送を必要とする理由					
振込希望の金融機関	銀行・金庫・農協		支店	普通・当座	No
<p>上記のとおり申請します。 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 被保険者 氏名 電話 ()</p> <p style="text-align: right;">日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿</p>					

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。 平成 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	平成 年 月 日
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">医師 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">電話 ()</p>	

領 収 書	<p>金 _____ 円也領収いたしました。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>日本ケミコン健康保険組合 理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">受領者 住所 氏名 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。