

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	2800	事 業 所 名称所在地	名 称	〇〇〇〇〇〇株式会社						
	番 号	0000		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 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	健 保 慎 之 介		生年月日	昭・平〇〇年〇月〇日						
	被扶養者			生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	被保険者との続柄	本人	
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	平成	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
移 送 方 法	介 護 タ ク シ ー			移送年月日	平成	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	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	高度先進医療を必要とするため										
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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</p> <p>住所 東京都〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇番地〇〇号 被保険者 氏名 健 保 慎 之 介 電話 〇〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇</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	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 ㊟</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;">住所 受領者 氏名 ㊟</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。