

受付年	日
伺い年	日
決裁年	日
移送承認	日

記入不要

不承認

常務	日
----	---

記入不要

どちらかに○
被保険者 … ご本人
被扶養者 … ご家族

保険証に記載
してある記号番号

被保険者
被扶養者 移送費申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 123 番号 456789	事業所	名称 ○○株式会社 所在地 ○○県××市△町1-2-3
	移送を受けた者の氏名	健康 花子	昭平 (生年月日) 50年 4月 25日 令	被保険者との続柄 妻 傷病名 脳梗塞
	発病又は負傷の原因を詳しく	不明	(発生年月日) H24年 2月 5日	(第三者行為の有無) いいえ ・はい
	移送を受けた区間、移送期間及び費用の請求	区間 千葉県××市 から 東京都□市 迄 移送期間(支給期間) H24年 3月 15日 から H24年 6月 30日 迄	移送回数 9回	移送先 □市立 病院 移送に要した費用 128,000円 距離 50 KM 利用交通機関 車
	振り込み希望の金融機関名	被保険者本人名義の口座 市川 本店 普 組合 支店 当	口座番号 1234567	口座名義 フリガナ ケンコウ タロウ 健康 太郎 (被保険者)
	提出日	H24年 7月 9日	上記のとおり請求します。	
	京葉ガス健康保険組合理事長 殿	被保険者の住所 千葉県○○市××3-5-8 氏名 健康 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 移送 及	病院から証明して貰う欄 年 月 日 上記のとおり相違ありません。 医師又は歯科医師の住所 名称 氏名

委任状	本請求に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日
	被保険者以外の方が受領する場合のみ記入 振込先口座は代理人名義のものを記入し、被保険者との続柄が証明できる書類を添付してください 例:住民票(世帯全員・続柄記載)・戸籍謄本
振り金	組合 支店 当

領収書	金 円	年 月 日
	京葉ガス健康保険組合理事長 殿	記入不要

(注) ・ 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。
・ 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
・ 委任状欄の金融機関名は代理人の口座名義を記入して下さい。