

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

記入不要

当

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 〇〇株式会社 所在地 〇〇県××市△町1-2-3		
	移送を受けた 者の 氏名	健康 花子	昭平令 (生年月日) 50年 4月 25日	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	移送先 □市立 病院	移送回数 9 回	移送に要した費用 128,000 円	移送後 入院・入院外 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 組合	本店 普 支店 当	口座番号 1234567	口座 フリガナ ケンコウ タロウ 名義 (被保険者) 健康 太郎	
	H24年 7月 9日 上記のとおり請求します。					
	提出日	京葉ガス健康保険組合理事長 殿	被保険者の 住所 千葉県〇〇市××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 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

病院から証明して貰う欄

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

委任状

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

京葉ガス健康保険組合理事長 殿

記入不要

年 月 日

(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ください。