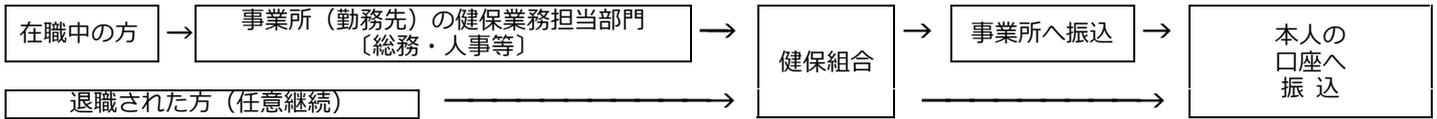


【申請から給付の流れ】



受付年月日	年 月 日	支給支払決議書			
伺年月日	年 月 日				
決裁年月日	年 月 日				
移送承認年月日	年 月 日	資格取得	年 月 日		
支給額	円	資格喪失	年 月 日		
不承認		支払年月日	年 月 日		

被保険者・被扶養者 移送費申請書

被保険者等の 記号・番号		事業所 の名称			
移送を受けた 者の名前		生年月日	年 月 日	被保険者との 続柄	
傷病名		発病又は 負傷の年月日	年 月 日		
発病又は 負傷の原因					
移送の経路 及び方法		移送に要 した費用	円		
付添人の氏名 及び住所	氏 名		住 所		
第三者行為に因る ときはその事実					
第三者の氏名 及び住所	氏 名		住 所		

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の 住所
氏名

アルバック健康保険組合理事長 殿

医師又は 歯科医師 の意見	移送を必要と 認められた理由	
	付添を必要と 認められた理由	
	入院した病院又は 診療所の名称	
	入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	移送の経路 及び方法	
上記のとおり相違ありません。		
年 月 日		
住所 医師又は歯科医師の 氏名		

委任 状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した	被保険者 被扶養者
	金 円也の受領に関すること。	移送費のうち
	住所	
	被保険者の 氏名	
	住所	
	代理人の 氏名	

公金受取口座 ご希望の方は□ にレ点を記入し てください	【注意事項】
	<p>※在籍者の方は、事業主への受領委任が原則としております。</p> <p>※上記「委任状欄」に記入がある場合は、受取代理人の口座に給付します。</p> <p>※給付日直前の変更や登録内容に誤り等があった場合は、給付日が遅延する場合があります。</p> <p><input type="checkbox"/>注意事項を確認しましたので、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。</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下さい。