

受付年月日	年 月 日
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
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被保険者
 被扶養者 移送費申請書

被保険者証の 記号・番号	○○○○-○○○○		事業所 の名称	○○○○○○○○	
移送を受けた 者の名前	健保 太郎		生年月日	○○ 年 4 月 1 日	被保険 者との 続柄 本人
傷病名	腸閉塞		発病又は 負傷の年月日	○○年○○ 月○○ 日	
発病又は 負傷の原因	不明				
移送の経路 及び方法	○○○○クリニックから○○○ ○病院までタクシーで移送		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	○○○○クリニックから○○○○病院までタクシーで移送
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	移送費のうち
	金	円	也の受領に関すること。			
		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】 ※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。 ※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。 ※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。 <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。
---------------------------------------	---

(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。