

被保険者
被扶養者

移送費承認申請書および移送費請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者 記号		会社名		所 属	
	証の 番号		事業所		氏名No.	
	移送を受けた者の氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名		発病・負傷日	令和	年 月 日	
	発病・負傷 の原因					
	発病・負傷原因が第三者行為 によるものかどうか	はい ・ いいえ		第三者行為の場合、 その事実の届出有無		有 ・ 無
	移送前に申請・承認できな かった場合 その理由					
	移送年月日	令和	年 月 日	移送回数	回	
	移送経路 および方法					
	付添人の氏名 および住所		〒			
	移送費用	円 (※領収書の原本を添付してください)				
	上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 被保険者 住所 〒 氏名 (戸籍名) 塩野義健康保険組合理事長殿	この届出は、申請者本人（被保者）が作成したものに相違ありません 確 認 欄 ☐				
	受 取 委 任 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ※給与支払いでの給付手続きを事業主に依頼するため必要ですので、必ず記入してください。 (任意継続被保険者・退職者の方は当欄への記入は不要です) 令和 年 月 日 被保険者氏名 (戸籍名)				

医 師 の 証 明	傷病名		発病・負傷日	令和	年 月 日
	移送年月日	令和	年 月 日		
	移送を必要と 認めた理由				
	付添を必要と 認めた理由				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 住所 (所在地) 医療機関名 医師の氏名				

健保組合受付

