

健康保険

被保険者
家 族

移送費申請書

被 保 険 者 本 人 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被保険者証の記号	号	番	号		
	(2) 被保険者名		(4) 事業所の	名	称	
	(3) 生年月日	年	月	日	所在地	
	(5) 被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名		生年月日	年	月	日
	(6) 傷病名		(7) 発病(負傷)年月日	年	月	日
	(8) 発病(負傷)の原因		(9) 第三者行為によるものですか	はい	いいえ	
	(10) 移送を必要とする理由		(11) 移送に要した費用	領収書・明細書の原本を添付	円	
	(12) 振込希望銀行(報酬振込口座)	銀行	支店	普通・当座 No.	預金名義人	
	(13) うえのとおり申請します。		〒	TEL	()	年 月 日
		住所 被保険者の フリガナ 氏名				印
	太陽生命健康保険組合理事長殿					
(担 当 医 師 に 証 明 を ご 依 頼 く だ さ い)	(14) 傷病名		(15) 移送年月日	年	月	日
	(16) 移送を受けた区間	から	まで	(17) 移送先		
	(18) 移送期間	自	年	月	日	至
		年	月	日	(19) 移送回数	回
	(20) 移送を必要とする理由					
	(21) 移送の方法(利用交通機関)					
	(22) 付添が必要な場合はその理由	付添人氏名: 付添人住所:				
(23) 上記のとおり移送の必要を認めます。				年	月	日
	名称	医療機関の	所在地			
			電話			
			担当医師名			印

受付日付印