

太陽生命健康保険組合理事長 殿

- 被保険者
- 被扶養者

移送費申請書

被 保 險 者 本 人 が 記 入 す る と こ ろ	(1) 被 保 險 者 証	記 号		番 号				
	(2) 被 保 險 者 名			(4) 被 保 險 者 が 勤 務 す る (し て い た) 部 署 、 支 社 、 関 連 会 社 の 名 称				
	(3) 生 年 月 日	昭・平	年 月 日					
	(5) 被 扶 養 者 が 移 送 を 受 け た と き は そ の 者	氏 名		生 年 月 日	昭・平・令	年 月 日	被 保 險 者 と の 続 柄	
	(6) 傷 病 名			(7) 発 病 (負 傷) 年 月 日	昭・平・令	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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 口 座	在 籍 者	給 与 口 座 に お 振 込 み い た し ま す 。					
		退 職 者	※ 退 職 者 の 方 は 振 込 希 望 の 銀 行 口 座 を 記 入 し て く だ さ い 。					
			金 融 機 関 名 称	本 ・ 支 店 名	種 別	口 座 番 号	名 義 人 (カ ナ)	
(13) う え の と お り 申 請 し ま す 。			令 和	年	月	日		
	〒		住 所	TEL	()			
	被 保 險 者 の		フガナ	氏 名				
(担 当 医 師 に 師 記 入 を 証 明 可 能 な 場 合)	(14) 傷 病 名			(15) 移 送 年 月 日	令 和	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 令 和	年 月 日	至 令 和	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 。	令 和		年	月	日			
	名 称		医 療 機 関 の 所 在 地		TEL			
	担 当 医 師 名							
添 付 書 類	【 添 付 書 類 に つ い て 】 <input type="checkbox"/> 移 送 に 要 し た 費 用 の 領 収 書 (原 本) 、 明 細 書 (原 本)							

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。

受付日付印