

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 険 者 本 人 が 記 入 す る と こ ろ	(1)	被保険者等	記号		番号			
	(2)	被保険者名			(4)	被保険者が勤務する(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	
	(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)
						普通		
	(13)	上記のとおり申請します。						
				令和	年	月 日		
			〒	TEL	( )			
			住所					
			被保険者の	フリガナ				
			氏名					
(担 医 師 証 明 に 欄 記 入 を ご 依 頼 く だ さ い)	(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	
	(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