

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	被保険者との続柄					
	(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	☐ 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)	振込口座	※給与口座への振込を希望する場合は記入不要。												
			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。 なお、当申請を事業所経由で行う場合、健康保険組合への書類提出を事業所に委任します。 令和 年 月 日 〒 TEL () 住 所 被保険者 フリガナ 氏名(自署)													
	(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	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 所在地 TEL 担当医師名													
添 付 書 類	【添付書類について】 ☐ 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