

受付年月日	年 月 日
同 年 月 日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
移送承認 年 月 日	年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

被 保 険 者 移 送 費 申 請 書

被保険者証の 記号・番号			事業所 の名称			
移送を受けた者 の氏名			生年月日	年 月 日	被保険 者との 続柄	
傷 病 名			発 病 又 は 負傷の年月日	年 月 日		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因				移 送 年 月 日	年 月 日	
移 送 の 経 路 及 び 方 法				移送に要 した費用	円	
付添人の氏名及 び 住 所	氏 名		住 所			
第三者行為に因る ときはその事実						
第三者の氏名及 び 住 所	氏 名		住 所			

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所
被保険者の
氏 名

⑨

東北しんきん健康保険組合理事長殿

医師又は 歯科医師の 意見	移送を必要と 認めた理由			
	付添を必要と 認めた理由			
	入院した病院又は 診療所の名称			
	入院した期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	日 間	
	移送の経路 及び方法		移 送 年月日	年 月 日
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所 医師又は歯科医師の 氏名 (印)				

- (注) (1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付して下さい。
- (2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。