

受付年月日	年 月 日
伺年月日	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			
常務理事	事務長	係	係
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
被扶養者 移送費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	200-1234567	事業所 の名称	ファイザー（株）		
移送を受けた 者の氏名	健保太郎	生年月日	昭和30年1月23日	被保険 者との 続柄	本人
傷病名	心筋梗塞	発病又は 負傷の年月日	令和元年6月1日		
発病又は 負傷の原因					
移送の経路 及び方法	東京内科から東京総合病院へ		移送に要 した費用	5,000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		
振込希望の銀行	銀行 支店 [普通 当座]				

上記のとおり申請します。

令和元年6月20日

住所 ○○県○○市○○町 1-2-3
被保険者の
氏名 健保太郎

ファイザー健康保険組合理事長殿

健保

医師又は 歯科医師 の意見	移送を必要と 認められた理由	当病院に入院設備がなく 緊急手術を要するため、東京総合病院へ転送した。	
	付添を必要と 認められた理由		
	入院した病院又は 診療所の名称	東京総合病院	
	入院した期間	令和元年6月1日から 令和元年6月15日まで	14 日間
	移送の経路 及び方法		
上記のとおり相違ありません。			
令和元年 6 月 18 日			
住所 東京都渋谷区代々木 3-22-7			
医師又は歯科医師の 氏名 東京総合病院 院長 東京一郎			
東京			

委任状	私は、				を代理人と定め、次の権限を委任する。				
	年	月	日	請求した	被保険者 被扶養者	移送費のうち			
	金	円也の受領に関する事。			住所				
				被保険者の	住所				印
				代理人の	住所				印
	振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店	〔普通 当座〕					郵便局

領収書	金	円也但し
	うえの金額を領収いたしました。	
	年	月 日
	ファイザー健康保険組合理事長 殿	
	住所	
	受領者	
	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）を添付してください。
(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。