

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 移 送 費 支 給 申 請 書
被 扶 養 者

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	700-1234567		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

被保険者の 住 所 ○○県○○市○○町 1-2-3
氏 名 健保 太郎

ファイザー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	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			

委任状	私は、 年 月 日請求した 金 円也の受領に關すること。				を代理人と定め、次の権限を委任する。	被保険者 被扶養者	移送費のうち
	住 所 被保険者の						
	氏 名						
	住 所 代理人の						
	氏 名						
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	

(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。