

支給決定決議書							
決裁日付印	同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合
	支払年月日	年 月 日					
	支給額	円					
備考			資格	得	年 月 日		
				喪	年 月 日		
			移送承認日		年 月 日		

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書 (移送届)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		被保険者の氏名		男・女	⑩	
		番号		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
	被保険者の現住所	〒 電話 ()						
	被保険者が勤務している事業所の	名称						
		所在地						
	傷病名		発病又は負傷の年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				
	発病または負傷の原因							
	移送を必要とする	理由				移送に要した費用	円	
		区間	経由		回数	回		
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名		生年月日	年 月 日生		続柄	
	付添人の氏名及び住所	氏名		住所				
	第三者行為によるときはその事実							
	第三者の指名及び住所	氏名		住所				
	振込希望の銀行	銀行		支店	普通	口座番号		
					口座名義 (カナ)			
	備考	被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。						
	被保険者のマイナンバー記載欄							
上記のとおり申請します。								
令和 年 月 日								
被保険者の住所								
被保険者の氏名								
SMBC コンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿								

医師が記入するところ	傷病名	移送年月日	令和 年 月 日
	移送を必要と認めた理由(症状などを入れて詳しく)		
	付添を必要と認めた理由		
	移送の経路及び方法		
	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
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 医師又は歯科医師の氏名 ⑩		

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	
	被保険者の	住所 氏名		⑩
	代理人の	住所 氏名		⑩
振込希望の銀行	銀行	支店	普通 口座番号	
			口座名義 (カナ)	

領収書	金 円他但し うへの金額を領収いたしました。
	令和 年 月 日 SMBC コンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿
	受領者 住所 氏名 ⑩

(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。

(注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。

(注3) 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。

受付日付印

