

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	700	被保険者の氏名	健康 太郎			男・女	健康				
		番号	7000	生年月日	昭和・平成・令和	××年	3月	31日					
	被保険者の現住所	〒	150-0000	東京都渋谷区神南 1-1			電話	03 ( 5786 ) 0000					
	被保険者が勤務している事業所の	名称	〇〇〇株式会社										
		所在地	東京都千代田区大手町 1-2-4										
	傷病名	腸閉塞			発病又は負傷の年月日	昭和・平成・令和 ××年 3月 30日							
	発病または負傷の原因	不明											
	移送を必要とする	理由	〇X〇Xの為				移送に要した費用	00,000円					
		区間	健保クリニック から 〇〇〇総合病院			経由	回数	1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			続柄				
	付添人の氏名及び住所	氏名	健康 華子		住所	東京都渋谷区神南 1-1							
	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	マルバツ 銀行 渋谷 支店			普通	口座番号	6	1	3	0	7	2	5
					口座名義 (カナ)	ケンコウ タロウ							
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 4 月 1 日

被保険者の 住所 東京都渋谷区神南 1-1  
氏名 健康 太郎

健康

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
	うえ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

