

健康 保険 組合 の 記 入 欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日
	資格喪失日	令和	年	月	日
	扶養認定日	平成・令和	年	月	日
	支給額				円
	支払年月日	令和	年	月	日

支給支払決議書			
常務理事	事務長	経理担当	給付担当
備考			



[1] 被保険者
 被扶養者

移送費申請書

[2]記号-番号	—		[3]事業所の名称			
[4]移送を受けた者の氏名	[5]被保険者との続柄	[6]生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
[7]傷病名	[8]発病又は負傷の年月日		令和	年	月	日
[9]発病又は負傷の原因						
[10]移転の経路及び方法	[11]移送に要した費用		円			
[12]付添人の氏名と住所	氏名	住所	〒			
[13]第三者行為に因る時はその事実						
[14]第三者の氏名及び住所	氏名	住所	〒			
[15]被保険者名義の振込先金融機関	預金種別	1 普通 2 当座	銀行 信組 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座名義 (フリガナ) (名義)	
	支店コード		口座番号			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒

被保険者の 住所

氏名

Ⓜ

TEL

ひかり健康保険組合理事長 殿

医師 又は 歯科 医師の 意見	[16]緊急移送を 必要と認めた理由	
	[17]医師等の付添を 必要と認めた理由	
	[18]入院した医療機関 の名称	
	[19]入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間
	[20]移送の経路 及び方法	

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 ④

TEL ひかり健康保険組合理事長 殿

委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	令和 年 月 日	請求した	被保険者 被扶養者 移送費のうち
	金	円 他の受領に関すること。	
		〒	
	被保険者の	住所	
		氏名	④
		TEL	
		〒	
	代理人の	住所	
		氏名	④
		TEL	

振込先 金融機 関	預金 種別	1 普通 2 当座	銀行 信組 金庫 農協	本店 支店 出張所	口座名義
	支店 コード		口座番号		(フリガナ) (名義)

領 収 証	金	円他但し	
	うえの金額を領収いたしました。		
	ひかり健康保険組合理事長 殿	令和 年 月 日	
		〒	
	受領者	住所	
		氏名	④
		TEL	

(注) (1) この請求書には、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・氏名を記した翻訳文を添付してください。

記入例

【記入する際の注意】

- 黒のボールペンで記入してください。 ※鉛筆、修正テープ、消えるボールペンは使用しないでください。
- 記入内容を訂正する場合は、間違えた部分に二重線を引いてご本人の印鑑を押してください。 例) 〒×××-〇〇〇〇 **光**

△△△△

光

健康 保険 組合 の 記 入 欄	資格取得日	平成・令和	年	月	日	支給支払決議書		
	資格喪失日	令和	年	月	日	長	経理担当	給付担当
	扶養認定日	平成・令和	年	月	日	健康保険組合の記入欄		
	支給額							
	支払年月日	令和	年	月	日	備考		

受付印

[1] 被保険者
 被扶養者

移送費申請書

[2]記号-番号	1	—	12345	[3]事業所の名称	株式会社〇×通信										
[4]移送を受けた者の氏名	光太郎		[5]被保険者との続柄	本人	[6]生年月日	昭和 平成 令和	54	年	7	月	1	日			
[7]傷病名	慢性肝不全				[8]発病又は負傷の年月日	令和	1	年	5	月	5	日			
[9]発病又は負傷の原因	原因は不明。全身状態が不良で歩行困難な状況で、高度な治療が必要となっていた。容態が急変する可能性があり、緊急を要していた。														
[10]移転の経路及び方法	豊島総合病院から神田大学病院までタクシーにて移動				[11]移送に要した費用	16,500			円						
[12]付添人の氏名と住所	氏名	光花子		住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都豊島区〇〇町×××-△△										
[13]第三者行為に因る時はその事実															
[14]第三者の氏名及び住所	氏名			住所	〒										
[15]被保険者名義の振込先金融機関	預金種別	1 普通	三菱UFJ		銀行	信組	池袋西口	本店	口座名義						
		2 当座			金庫	農協		支店	(フリガナ)	ヒカリ タロウ					
	支店コード	4	5	6	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	(名義)	光太郎	

上記のとおり申請します。

令和 1 年 5 月 29 日

〒 〇〇〇-〇〇〇〇

住所 東京都豊島区〇〇町×××-△△

被保険者の
氏名 光太郎

TEL 090 - 〇〇〇〇 - ××××

ひかり健康保険組合理事長 殿

医師 又は 歯科 医師の 意見	[16]緊急移送を 必要と認めた理由	
	[17]医師等の付添を 必要と認めた理由	
	[18]入院した医療機関 の名称	
	[19]入院した期間	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 医師の記入欄 </div> から まで 日間
	[20]移送の経路 及び方法	
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 TEL ひかり健康保険組合理事長 殿		

委 任 状	私は 年 月 日 請求した 被保険者 移送費のうち 金 円 他を受領にすること。 〒 住所 被保険者の 氏名 TEL 〒 住所 代理人の 氏名 TEL		を代理人と定め、次の権限を委任する。 被扶養者 円 〒 〒
	振込先 金融機 関	預金種別 1 普通 2 当座 支店コード	銀行 信組 本店 支店 (フリガナ) 出張所 (名義) 口座番号

領 収 証	金 円 他 但し うえの金額を領収いたしました。 ひかり健康保険組合理事長 殿 令和 年 月 日 〒 住所 受領者 氏名 TEL		〒 〒
	〒 〒		

(注) (1) この請求書には、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・氏名を記した翻訳文を添付してください。