

常務理事	事務長	担当者

## 被保険者・被扶養者 移送費申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号		被保険者氏名		フリガナ		
	記号	番号			(氏)	(名)	
	事業所名称			所 属			
	発病又は負傷の年月日		令和 年 月 日	傷病名			
	傷病の原因						
	移送方法						
	移送区間		~		移送年月日	令和 年 月 日	
	移送先		病院		移送に要した費用		
	被扶養者(家族)に関するときは		氏名	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄	
	<p>上記の通り請求します。</p> <p style="text-align: right;">被保険者の住所</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">小松製作所健康保険組合理事長 殿</p>						

(印)

医 師 の 意 見	移送年月日	令和 年 月 日	傷病名			
	移送を必要とした事由					
	移送方法 区間及び回数				移送に要した費用	
	<p>上記の通り移送の必要を認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 医療機関名 医 師</p>					

(印)

この給付金の受領方を事業所.....に委任いたします。 (印)

- ※ この申請書に記入された個人情報 は 給付金支給のための利用に限定しています。
- ※ 給付金の支給は、事業主を経由して行います。(任意継続被保険者・喪失者を除く)
- ※ 領収書(原本)の添付をお願いします。