受付年月日	年　月　日
伺年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日
支給額	円

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	
資格取得日	年　月　日		
資格喪失日	年　月　日		
支払年月日	年　月　日		

被保険者

家　族

移　送　費　申　請　書

被保険者証の記号・番号	○○　－　××××	被保険者の氏名	音羽　太郎
移送を受ける者の氏名・生年月日	音羽　花子　昭和・平成・令和××年×月××日生	被保険者との続柄	妻
傷病名	脳出血	発病または負傷年月日	★年■月○日
移送年月日	令和　25　年　☆　月　★　日　～　1　日間		
移送交通機関	タクシー（医療用）	移送に要した費用	￥　○○,○○○
移送元名称・住所	△△診療所　東京都奥多摩市○○○－□□		
移送先名称・住所	▲▲▲大学附属病院　東京都文京区●●●－■■		
付添人氏名・住所	◎◎　■子（看護師）　東京都奥多摩市◎◎◎◎		
第三者行為による場合、その事実	（交通事故等による傷病の場合、ご記入ください。）		
第三者の氏名・住所	（交通事故等による傷病の場合、ご記入ください。）		

上記のとおり、申請いたします。　令和　◆◆　年　◆◆　月　◆　日

被保険者　住所　〒 112-0013
東京都文京区音羽◎－○

氏名　音羽　太郎　㊞

健保　受付日付印

音羽健康保険組合　理事長　殿

注意事項
・この申請には、移送費に要した費用の領収書を必ず添付してください。

・証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

移送を受ける者の氏名	
傷病名	
移送を必要と認めた理由 症状・その他を具体的に記入してください	
付添を必要と認めた理由	
入院した病院または診療所名称	
入院期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 計　　日間

上記のとおり、移送の必要を認めます。

令和　　年　　月　　日

医療機関　　住所　〒

名称

TEL

医師　　氏名　　㊞