

# 移送費承認申請書・移送届・移送費支給申請書

スタンレー電気健康保険組合理事長殿

被保険者の氏名 保険証の記号、番号	記号	番号	氏名						
被保険者の住所	〒 ー								
被保険者の事業所名	Tel ( )								
移送を受けた者が 被扶養者の場合	氏名		生年月日	S・H・R	年月日	続柄			
傷病名					発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日 (負傷の場合は 時頃)			
移送を必要とする 又は移送を受けた	理由								
	区間	から			經由			まで	
	回数	回	移送距離	km	利用交通機関				
	移送年月日	令和 年 月 日	移送に要した費用	円					
第三者行為災害	第三者の行為によって負傷したものですか→ はい ・ いいえ								
診療を受けた病院等	名称					所在地			

振込先 (ゆうちょ銀行除く)	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 労働金庫 <input type="checkbox"/> 農協 <span style="float: right;"> <input type="checkbox"/> 支店  <input type="checkbox"/> 営業所  <input type="checkbox"/> 出張所         </span>							
<input type="checkbox"/> 座種別・番号 <input type="checkbox"/> 座名義	<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 当座							被保険者口座名義(カタカナで記入してください)

医 師 の 証 明 欄	傷病名					保険で療養を 開始した日	令和 年 月 日	
	移送を必要 と認めた 区間・回数	区間→						
		回数→	回					
	移送を必要 と認めた 理由							
	上記の理由で移送の必要を認めます。						令和 年 月 日	
	医療機関の名称・所在地							
	医師名							

【注意事項】 申請する時は『移送に要した費用の領収書』(原本)を添付してください。

(改訂R3.11)