

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
移送承認年月日	年 月 日
支給額	円
不承認	

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

被保険者
被扶養者 **移送費申請書**

被保険者証の 記号・番号			事業所の 名称		
移送を受けた 者の氏名	生年月日		年 月 日	被保険 者との 続柄	
傷病名	発病又は 負傷の年月日		年 月 日		
発病又は 負傷の原因					
移送の経路 及び方法			移送に要 した費用	円	
付添人の氏名 及び住所	氏 名	住 所			
第三者行為に因る ときはその事実					
第三者の氏名 及び住所	氏 名	住 所			
振込希望の銀行 又は郵便局	銀行		支店 (普通 当座)	郵便局	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所

被保険者の
氏名

印

三井化学健康保険組合理事長 殿

医師または 歯科医師の 意見	移送を必要と 認めた理由		
	付添を必要と 認めた理由		
	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	日 間
		年 月 日 まで	
	移送の経路 及び方法		
上記のとおり相違ありません。			
年 月 日			
住所			
医師又は歯科医師の 氏名		印	

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 移送費のうち
	金	円也の受領に関すること。
	被保険者の	住所 氏名 住所 氏名
代理人の	住所 氏名	印
振込希望の銀行 又は郵便局名	銀行	支店 (普通 当座) 郵便局

領 収 書	金	円也但し
	うえの金額を領収いたしました。	
	年 月 日	
	三井化学健康保険組合理事長 殿	
住所		
受領者		
氏名		印

- (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)を添付して下さい。
- (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・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。