

受付年月日	年 月 日
同年月日	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	1111・234	事業所の名称	MC食品株式会社		
移送を受けた者の氏名	三井 健太	生年月日	27年10月10日	被保険者との続柄	本人
傷病名	腸閉塞	発病又は負傷の年月日	年 9 月 15 日		
発病又は負傷の原因	不詳				
移送の経路及び方法	三井胃腸外科～日大板橋病院 自動車	移送に要した費用	15,650 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 10 月 1 日  
住所 横浜市港北区港北3-2-1  
被保険者の  
氏名 三井 健太  
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	当方に入院医療設備が整っていないため 緊急手術を要したため
	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	三井胃腸外科
	入院した期間	年 9 月 10 日 から 年 9 月 15 日 まで 6 日間
	移送の経路及び方法	三井胃腸外科～日大板橋病院 自動車
上記のとおり相違ありません。 年 9 月 15 日 住所 東京都千代田区霞が関3-3 医師又は歯科医師の氏名 三井胃腸外科 医師 三井 次郎		

委任状	私は、MC食品(株)を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 10 月 1 日請求した被保険者被扶養者 移送費のうち 金 15,650 円也の受領に関する事。 住所 横浜市港北区港北3-2-1 被保険者の氏名 三井 健太 住所 代理人の氏名
	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
-----	--

(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。