

被 保 険 者
被 扶 養 者 移 送 費 申 請 書

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	記 号		① 事 業 所 の 名 称 所 在 地	名 称			
	番 号			所 在 地			
移 送 を 受 け た 者 の 氏 名				生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	
傷 病 名				発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令 和 年 月 日		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因				移 送 年 月 日	令 和 年 月 日		
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	〒		
② (退職者のみ記入) 振込希望の銀行	銀 行 (普通)		支 店 ()	口 座 名 義	フリガナ		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">被 保 険 者 の (申請者) 氏 名</p> <p style="text-align: right;">住友ファーマ健康保険組合理事長 殿</p>							

<p>③ 委 任 状</p> <p><u>給与での給付手続きを 事業主へ依頼する為 必要ですので、必ず 記入してください。</u></p> <p>(任意継続被保険者・ 退職者は不要です)</p>	<p>私は①に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した移送費 の受領に関する権限を委任します。</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">被 保 険 者 の (申請者) 氏 名</p>
---	---

医師又は 歯科医師の 意見	移送を必要と 認められた理由			
	付添を必要と 認められた理由			
	入院した病院又は 診療所の名称			
	入院した期間	令和 年 月 日から		
		令和 年 月 日まで	日 間	
移送の経路 及び方法		移 送 年 月 日	令和 年 月 日	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令 和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>医師又は歯科医師の 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

- (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) 医師または歯科医師の意見を記入してもらって下さい。
- (3) 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。
- (4) 2欄は、退職者(任意継続被保険者)が申請する場合に記入して下さい。在職中の被保険者は2欄に記入しないで下さい。
- (5) 3欄は、在職中の被保険者が申請する場合に記入して下さい。代理人である事業主から被保険者の給与振込口座に振込まれます。(4)に記載の退職者は3欄に記入しないで下さい。
- (6) なお、一部の事業所の方で、(4)(5)とは異なる取扱いをする場合があります。