

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	

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

移送費申請書

被扶養者

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	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	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		
振込希望の金融機関	銀行		支店	口座名義人(被保険者に限る)		
	農協		出張所	(カタカナ)		
	組合		(普通・当座) 口座番号 _____			
被保険者証の記号番号に代えて、マイナンバーにより申請される場合は、備考欄へ記載してください。記号番号を記入の場合は、マイナンバー記載は不要です。マイナンバー記載の場合は、個人番号確認、本人確認のための書類の提出が必要です。						
備考						

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の 住所

氏名

(自署)

中越パルプ工業健康保険組合理事長 殿

医師又は 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 年 月 日まで 日間
	移送の経路及び方法	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医師又は歯科医の 住所</p> <p style="text-align: center;">名前</p>		

委任状	私は 年 月 日請求した被保険者・被扶養者移送費のうち 金 円也の受領に関すること。 被保険者の 住所 氏名 (自署) 代理人の 住所 氏名 (自署)								
	振込希望の金融機関 <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>銀行</td> <td>支店</td> <td>口座名義人</td> </tr> <tr> <td>農協</td> <td>出張所</td> <td>(カタカナ)</td> </tr> <tr> <td>組合</td> <td colspan="2">(普通・当座) 口座番号 _____</td> </tr> </table>	銀行	支店	口座名義人	農協	出張所	(カタカナ)	組合	(普通・当座) 口座番号 _____
銀行	支店	口座名義人							
農協	出張所	(カタカナ)							
組合	(普通・当座) 口座番号 _____								

領収書	金 円也但し 上の金額を領収いたしました。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 中越パルプ工業健康保険組合 受領者 住所 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。
 3. 訂正をする場合は、二重線で消し、訂正箇所にサインをして下さい。修正液等は不可。