

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額	円		

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

被保険者

家族

移送費申請書

被保険者証の記号・番号	〇〇 - ××××	被保険者の氏名	音羽 太郎
移送を受ける者の氏名・生年月日	音羽 花子	被保険者との続柄	妻
傷病名	脳出血	発病または負傷年月日	昭和 平成 ××年×月××日生 ★年 ■月 ○日
移送年月日	平成 25年 ☆月 ★日 ~ 1日間		
移送交通機関	タクシー(医療用)	移送に要した費用	¥ 〇〇,〇〇〇
移送元名称・住所	△△診療所 東京都奥多摩市〇〇〇-□□		
移送先名称・住所	▲▲▲大学附属病院 東京都文京区●●●-■		
付添人氏名・住所	◎◎ ■子(看護師) 東京都奥多摩市◎◎◎◎		
第三者行為による場合、その事実	(交通事故等による傷病の場合、ご記入ください。)		
第三者の氏名・住所	(交通事故等による傷病の場合、ご記入ください。)		

上記のとおり、申請いたします。

平成 ◆◆年 ◆◆月 ◆日

被保険者 住所 〒112-0013 東京都文京区音羽◎-〇

氏名 音羽 太郎 (印)

健保 受付日付印

音羽健康保険組合 理事長 殿

注意事項

- この申請には、移送費に要した費用の領収書を必ず添付してください。
- 証明書等が外国語で記入されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。

