

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 名 前		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				

上 記 の と お り 申 請 し ま す 。

年 月 日

被 保 険 者 の 住 所
氏 名

三 菱 地 所 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	年 月 日から 年 月 日まで 日 間
	移送の経路 及び方法	
上記のとおり相違ありません。		
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">医師又は歯科医師の 氏 名</p>		

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 被扶養者
	金	円也の受領に関すること。
		住 所
		被保険者の 氏 名
	住 所	移送費のうち
	代理人の 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）を添付してください。
(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。