

被保険者
被扶養者 移送費申請書

被保険者証の 記号・番号	000-0000		事業所 の名称	0000株式会社				
移送を受けた 者の名前	三菱 太郎		生年月日	00年	5月	1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	00年 00月 00日				
発病又は 負傷の原因	不明							
移送の経路 及び方法	00クリニックから00病院へ 救急車で			移送に要 した費用	0000			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。

00年 00月 00日

住所 00県00市00町1-1
被保険者の
氏名 三菱 太郎

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。		
年 月 日		
住所		
医師又は歯科医師の氏名		

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	〇〇県〇〇市〇〇町1-1
	被保険者の	氏名 三菱 太郎
	住所	
代理人の	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。