

受付年月日	平成 年 月 日
伺年月日	平成 年 月 日
決済年月日	平成 年 月 日
移送承認年月日	平成 年 月 日
支給額	円
不承認	

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

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書 (移送届)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号		被保険者の氏名		男・女	㊟
		番号		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生		
	被保険者の現住所	〒 電話 ()					
	被保険者が勤務している事業所の	名称					
		所在地					
	傷病名				発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日	
	発病または負傷の原因						
	移送を必要とする	理由				移送に要した費用	円
		区間	經由			回数	回
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名			生年月日	明大昭平 年 月 日生	続柄
	付添人の氏名及び住所	氏名			住所		
	第三者行為によるときはその事実						
	第三者の指名及び住所	氏名			住所		
	振込希望の銀行	銀行			支店	普通	口座番号
				口座名義 (カナ)			
上記のとおり申請します。							
平成 年 月 日							
被保険者の 住所							
被保険者の 氏名							
アコム健康保険組合理事長 殿							

医師が記入するところ	傷病名		移送年月日	平成	年	月	日	
	移送を必要と認めた理由(症状などを入れて詳しく)							
	付添を必要と認めた理由							
	移送の経路及び方法							
	入院した病院又は診療所の名称							
	入院した期間	平成	年	月	日から			
		平成	年	月	日まで			日間
	上記のとおり相違ありません。							
	平成	年	月	日				
	医師又は歯科医師の	住所						
	氏名							

委任状	私は、						
	を代理人と定め、次の権限を委任する。						
	平成	年	月	日	請求した	被保険者 被扶養者	移送費のうち
					被保険者の	住所	
				代理人の	住所		
				氏名			⑩
				住所			⑩
				氏名			
振込希望の銀行		銀行		支店	普通	口座番号	
					口座名義 (カナ)		

領収書	金 円他但し						
	うえの金額を領収いたしました。						
	平成 年 月 日						
	アコム健康保険組合理事長 殿						
	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)を添付してください。

(注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。

(注3) (注3)第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。