

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)

アコム印可

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	1	被保険者の氏名	健康 太郎		男	健康	
		番号	1234	生年月日	明・大昭平 XX年 XX月 XX日生		女		
	被保険者の現住所	〒 123-4567		電話 011 (123) 4567					
	被保険者が勤務している事業所の	名称	アコム株式会社						
		所在地	東京都千代田区丸の内2-1-1						
	傷病名	急性心筋梗塞		発病又は負傷の年月日	平成 XX年 XX月 XX日				
	発病または負傷の原因	自宅で倒れ、A病院に搬送されたが、A病院では手術設備がなく、緊急のためB病院に転院する必要があったため。							
	移送を必要とする	理由	緊急転院の必要性				移送に要した費用	50,000 円	
		区間	A病院～B病院		経由	回数		1回	
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名	健康 華子		生年月日	明大昭平	XX年 3月 3日生	続柄	妻
	付添人の氏名及び住所	氏名	健康 太郎		住所	上記に同じ			
	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	XX年	XX月	XX日					
被保険者の住所	〇〇県〇〇市〇〇1-2-3								
被保険者の氏名	健康 太郎								
				アコム健康保険組合理事長 殿					

健康

アコム印可

在職者は記入不要（給与口座振込）、退職者は希望する本人口座を記入してください。

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					印	
		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 氏名	印
				代理人の	住所 氏名	印	
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					印
		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。