

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

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者
資格取得日	令和 年 月 日		
資格喪失日	令和 年 月 日		
支払年月日	令和 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	昭・平・令 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	令和 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	昭平令 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。							
令和 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	令和	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	令和 年 月 日から			令和 年 月 日まで			日間
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住所 医師又は歯科医師の氏名 <span style="float: right;">印</span>							

委任状	私は、 令和 年 月 日請求した 被保険者の住所氏名 代理人の住所氏名 を代理人と定め、次の権限を委任する。 被保険者 住所氏名 被扶養者 住所氏名 移送費のうち						
	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。 令和 年 月 日 アコム健康保険組合理事長 殿 受領者 住所氏名 <span style="float: right;">印</span>						

(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。