

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)

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	昭平令 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	令和 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	昭平令 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。								
	令和	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	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	日間
		令和	年	月	日まで	
	上記のとおり相違ありません。					
	令和	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。					
	令和	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					印
	氏名					
	代理人の住所					印
	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。					
	令和 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。