

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 ㊟								
日清オイリオグループ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				㊞	

(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) 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。