

同年月日 令和 年 月 日

支給決定並びに支出伺い	常務理事	事務局	移送の方法及び区間を指定したときはその旨				
	証NO	支給金額					備考

*この線より上は請求者において記入しないこと

被保険者・被扶養者 移送費承認申請書・移送届

被保険者の記号番号	—	事業所の名称		所属	
発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日				
発病又は負傷の原因					
医師の意見	傷病名		移送年月日	平成・令和 年 月 日	
	移送を必要と認める事由				
	移送の方法 区間及び回数		費用の見積額 (移送後のときは実費)		
	認定日付	令和 年 月 日	医師の住所氏名		
	申請が被扶養者に 関するときはその者の	氏名	生年月日	昭平令 年 月 日	続柄
やむを得ない事由で 移送後に届出るときはその事由					
上記のとおり申請いたします。					
1. 銀行 支店		令和 年 月 日			
(口座種別) NO		〒 —			
2. 郵便局 (店番) (番号)		請求者の住所			
3. 給与振込み		氏名			
*1, 2は退職者のみです。在籍者の方は、3を選択してください。					
帝人グループ健康保険組合理事長殿				(TEL)	

(注) やむを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書(自動車賃等公定のもの)は実際に移送を行ったことを証するに足りるものを添えること

(側第54条、第63条の2第2項)