

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
 被保険者の出産:被保険者
 被扶養者の出産:被扶養者に○

代筆・代理申請不可

被保険者・被扶養者 移送費承認申請書・移送届

被保	保険証上部に記載の記号・番号を記入	事業所の名称	在籍事業所・所属を記入(退職者は最終在籍部署) 任職者は記入不要
発病又は負傷の年月日	平成・令和 年 月 日 この申請にかかわる傷病の発病又は負傷の年月日及び原因		
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	医師の証明欄 移送を必要と認める事由は、詳細に記入ください。付き添いがあるときは併せてその付き添いを必要と認めた理由を記入ください。 総ての項目について洩れなく記入ください。	
	移送の方法		
	区間及び回数		
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	被扶養者に関する届出の場合は、対象者の氏名・生年月日・続柄(長男・長女等)	
やむを得ない事由で移送後に届出るときはその事由	氏名	年 月 日	昭平令 続柄

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

在籍者は 3.給与振込み を選択。
 退職者は 1.又は2. を選択(本人名義口座)

(口座種別) NO

請求者の住所

2. 郵便局 (店番) (番号)

被保険者の住所・氏名

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)