

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に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)