伺年月日　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
	記号・番号	支給金額	備考

代筆・代理申請不可

□の箇所は、該当部分に☑を付けてください

ないこと

□ 被保険者 ☑ 被扶養者　移送費承認申請書・移送届

記号・番号	1234 － 1234567	事業所の名称	帝人（株）	社員番号	12345

健康保険の記号・番号を記入

発病又は負傷の年月日	□ 平成　☑ 令和　5　年	在籍事業所・社員番号を記入 任継者は記入不要
発病又は負傷の原因		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

医師の意見				
傷病名	臍帯血	移送年月日	令和　5　年　4　月　1　日	
移送を必要と認める事由				
移送の方法と区間及び回数				円
認定日付　令和 医師の住所氏名				

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。

全ての項目について洩れなく記入ください。

申請が被扶養者に関するときはその者の	氏名		生年月日	□ 昭和　□ 平成　□ 令和 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						

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）

振込先指定口座 ※資格喪失者のみ記入	※在籍者は給															
	帝人　（銀行・信用金庫・農協）　北吉田　［本店・支店・出張所］															
	（コード　123　）　（コード　8888　）															
	貯金種別	☑ 普通 □ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	※カタカナで記入 テイジン　タロウ				
			郵政番号	1	9	9	9	0	郵政番号	1	2	3	4	5	6	7	1

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）

上記のとおり請求いたします。

帝人グループ健康保険組合理事長　殿

令和　5　年　3　月　1　日

被保険者（請求者）

〒　123　－　4567

住　所　愛媛県松山市〇〇〇〇〇

氏　名　帝人　太郎

TEL　×××　－　××××　－　××××

被保険者の住所・氏名

（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（汽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）