

被保険者 移送費支給申請書  
被扶養者

被保険者証の記号番号		被保険者氏名			事業所の名称					
-										
被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不用です)										
移送を受けた者の	氏名		生年月日		被保険者との続柄					
			年 月 日							
傷病名		発病又は負傷年月日			移送に要した費用					
		年 月 日			円					
発病又は負傷の原因							移送年月日			
							年 月 日			
移送経路					移送方法					
付添人の	氏名			住所						
第三者行為による ときはその事実										
第三者の	氏名			住所						
上記のとおり申請します。 請求者住所										
年 月 日		氏名								
日本触媒健康保険組合理事長殿				電話番号						

被保険者の記入欄

委任状	
日本触媒健康保険組合より支給される給付金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任いたします。	
年 月 日	被保険者住所
	氏名
上記委任を受任いたします。	
	被委任者住所
	氏名
日本触媒健康保険組合理事長殿	

被保険者・事業主の記入欄

退職後の請求者には直接銀行振込します。	
口座名義人 (カタカナ)	
銀行	
支店	
普通 ・ 当座	
口座番号	

資格取得		資格喪失		支給決定	
年 月 日		年 月 日		年 月 日	
支給決定金額		常務理事	事務長	係	備考
円					

組合の記入欄

受付印

医師又は歯科医師の意見

移送を必要と認められた理由			
付添を必要と認められた理由			
入院した病院又は診療所の名称			
入院した期間	年 月 日から	日間	移送年月日
	年 月 日まで		年 月 日
移送経路		移送方法	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関住所 氏名 電話番号</p>			

**【記入上の注意と添付書類について】**

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）を添付してください。
2. 付添人の氏名及び住所は医師・看護師が付き添いした場合に記入します。
3. 証明書等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ください。