

支給決定決議書									
決裁日付印	伺年月日	年	月	日	常務理事	事務長	会計	担当者	台帳照合
	支払年月日	年	月	日					
	支給額	円							
備考					資格	得喪	年	月	日
							年	月	日
					移送承認日	年	月	日	

健康保険

被保険者
家族

移送承認申請書（移送届）

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等	記号	700	被保険者の氏名	健康 太郎				男・女	健康			
		番号	7000	生年月日	昭和・平成・令和××年 3月 31日								
	被保険者の現住所	〒 150-0000 東京都渋谷区神南 1-1				電話 03 (5786) 0000							
	被保険者が勤務している事業所の	名称	〇〇〇株式会社										
		所在地	東京都千代田区大手町 1-2-4										
	傷病名	腸閉塞			発病又は負傷の年月日	昭和・平成・令和 ××年 3月 30日							
	発病または負傷の原因	不明											
	移送を必要とする	理由	〇X〇Xの為				移送に要した費用	00,000円					
		区間	健保クリニック から 〇〇〇総合病院			経由	回数	1回					
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名				生年月日	年 月 日			続柄			
	付添人の氏名及び住所	氏名	健康 華子		住所	東京都渋谷区神南 1-1							
	第三者行為によるときはその事実												
	第三者の指名及び住所	氏名			住所								
	振込希望の銀行	マルバツ 銀行 渋谷 支店			普通	口座番号	6	1	3	0	7	2	5
					口座名義 (カナ)		ケンコウ タロウ						
備考	被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。												
被保険者のマイナンバー記載欄													
上記のとおり申請します。													
令和 ××年 4 月 1 日													
被保険者の住所 東京都渋谷区神南 1-1													
被保険者の氏名 健康 太郎													
SMBC コンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿													

医師が記入するところ	傷病名		移送年月日	令和	年	月	日
	移送を必要と認めた理由（症状などを入れて詳しく）						
	付添を必要と認めた理由						
	移送の経路及び方法						
	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 年 月 日まで 日間					
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 住 所 医師又は歯科医師の氏 名 ⑩						

委任状	私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。												
	年 月 日請求した	被保険者	移送費のうち										
		被扶養者											
	被保険者の	住 所	⑩										
		氏 名											
	代理人の	住 所	⑩										
		氏 名											
振込希望の銀行		銀行	支店	普通	口座番号								
				口座名義 (カナ)									

領収書	金 円他但し
	うえの金額を領収いたしました。
	令和 年 月 日
	SMBC コンシューマーファイナンス健康保険組合 理事長 殿
	受領者 住 所
	氏 名 ⑩

(注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(領収書等)を添付してください。

(注2) 上記の書類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下さい。

(注3) 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。

受 付 日 付 印