

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	年 月 日
				移送承認日			

健康保険
家 族

被保険者

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 太朗			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	○○○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	○X○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 ○○○総合病院					経由	回数				
		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 太朗													
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 印				

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 被扶養者	移送費のうち		
	被保険者の		住 所	印		
	代理人の		氏 名	印		
	振込希望の銀行		銀行	普通	口座番号	
			支店	口座名義 (カナ)		

領收書	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 印				

- (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