

被 保 険 者  
家 族

# 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者の 記号と番号	—		② 被保険者 の氏名			
	③ 被保険者 の現住所	〒 —			TEL	( )	
	④ 事業所の 名称						
	⑤ 被扶養者に 関する 申請のとき	氏名 (続柄)	( )		⑥ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	⑦ 傷病名				⑧ 発病または 負傷の日	平成・令和	年 月 日
	⑨ 発病または 負傷の原因				⑩ 第三者行為 によるもの	はい ・ いいえ	
	⑪ 移送を必要 とした理由						
	⑫ 移送日	令和		年	月	日	
	⑬ 移送の経路	から		まで 経由			
	⑭ 移送の方法						
	⑮ 付添人氏名				⑯ 住所		
	⑰ 移送に要し た費用の額						
	⑱ 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名			口座番号	1.普通2.当座	
		支店名			名義 (加付)		

T I Sインテックグループ健康保険組合

令和 年 月 日提出

受付印

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	①9 傷 病 名				
	②0 移送を必要と認めた理由 【付添がある場合は併せて付添を必要と認めた理由】				
	②1 入院期間				
	②2 病院又は診療所の名称				
	②3 移送の経路及び方法				
	②4 移送年月日	令和	年	月	日
②5	上記のとおり移送の必要を認めます。				
	令和	年	月	日	
		所在地			
	医療機関の	名称			
		電話番号			
	医師の氏名				

委 任 状	②6 本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。				
	被保険者の (請求者)	住所 氏名			
	代理人の	住所 氏名			
状	②7 振込先 (被保険者名義の 口座を指定)	銀行名		口座番号	1.普通 2.当座
		支店名		名義 (加付)	

R6.11

備考欄										
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注) 1. 移送に要した費用の額を証する書類を添付してください。  
2. 1の証拠書類が日本語で作成されていない場合は、日本語の翻訳文を添付してください。