

被保険者

被扶養者

移送費支給申請書

アサヒグループ健康保険組合 御中

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—		事業所の名称					
	被保険者の 氏名			被保険者の 生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	被扶養者が移送を 受けたときはその者 の氏名			移送を受けた 者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄
	傷病名			発病又は負傷 の年月日	令和	年	月	日	
	発病又は負傷 の原因						第三者行為に よるものですか	はい いいえ	
	移送区間			移送の方法					
	移送を必要と する期間	自	年	月	日から	移送に要した 費用	円		
	移送を必要と する理由								
	移送する前に申 請することができ なかつたときはその理由								
	<p>上記の通り申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>被保険者 氏名 (印)</p> <p>TEL</p>								
委任 欄	<p>この保険給付金の受領方を所属事業所に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者 氏名 (印)</p>								

◎ 次頁に医師の意見を必ずもらってください。

(2019.5)

◎ 「領収書、領収明細書」(原本)を添付してください。

受付印

資格取得日	昭・平・令	年	月	日
支給額	円			

令和	年	月	日	決定
常務理事	事務長	担当者		

医師の意見記入欄

移送を受ける者の氏名		移送を受ける者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
傷病名						
移送日	令和 年 月 日					
移送区間	～		移送の回数	回		
移送の方法						
移送を必要とする理由 (症状、その他具体的にご記入下さい)						
<p>上記の通り移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>医師の 氏名</p> <p>電話</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>						