

理事長	常務理事	事務長	係

被保険者
被扶養者

移 送 費 支 給 申 請 書

平成 年 月 日

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		被 保 険 者 氏 名	
事 業 所 名		事 業 所 所 在 地	
発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成 年 月 日		
傷 病 の 原 因			
医 師 の 意 見	傷 病 名	移送 年月日	平成 年 月 日
	移送を必要と した理由		
	移送の方法 区間及び回数	費用の見積額（移送 後のときは実費）	円
	上記のとおり移送の必要を認めます 平成 年 月 日 〒 - - 住所 保険医 氏名		
やむを得ない事由で 移送後に届出るとき はその理由			
申請又は届が被扶養 者に関するとき	氏名	大 生年 月日 昭 平	年 月 日 被 保 険 者 と の 続 柄
振込希望の金融機関 （被保険者の口座） ゆうちょ銀行不可	銀行	支店 普通座 第	号 名義人 （加）
上記のとおり申請します。 セディナ健康保険組合理事長殿 平成 年 月 日 〒 - - 住所 被保険者の TEL 氏名			

(注1) 領収書または証明書(交通機関の運賃等公定のものには実際に移送を行ったことを証するに足るもの)を添付すること。