

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 25 年 4 月 15 日

被保険者証の 記号・番号	1011-0200	被保険者氏名	健保 太郎		
事業所名	株式会社	事業所所在地	愛知県 区 町2-2-3		
発病又は負傷の 年月日	平成 25 年 3 月 25 日				
傷病の原因	不詳(3/25夜、自宅で急に倒れた)				
医 師 の 意 見	傷病名	胃潰瘍、腹部動脈瘤	移送年月日	平成 25 年 4 月 10 日	
	移送を必要とした理由	胃潰瘍の手術をして、経過良好のところ、腹部動脈瘤を併発			
	移送の方法 区間及び回数	寝台自動車 病院～ 病院1回	費用の見積額(移送後のときは実費)	35,000 円	
	上記のとおり移送の必要を認めます 平成 25 年 4 月 20 日 〒 - 住所 東京都 区 町2-5-5 保険医 氏名 病院 山 彦 (山)				
やむを得ない事由で 移送後に届出るとき はその理由	至急手術の必要があったが、病院にその施設が無かったため、病院へ移送				
申請又は届が被扶養者 に関するとき	氏名	健保 花子	大 生年月日 (昭) 55 年 11 月 20 日 平	被保険者との続柄	妻
振込希望の金融機関 (被保険者の口座) ゆうちょ銀行不可	xx 銀行	支店 普通 第	号 名義人 (卅)	ケンボ タロウ	
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 25 年 4 月 21 日 〒 * * * * - * * * * 住所 東京都 区 * * * * 被保険者の TEL * * * * - * * * * - * * * * 氏名 健保 太郎 (山)					

(注1) 領収書または証明書(交通機関の運賃等公定のものと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。