

被保険者
被扶養者

移送費承認支給申請書・移送届

受付日付印

(一方を○で囲んで下さい。)

みずほ健康保険組合 御中

※太枠内について全てご記入下さい。

提出日 令和 年 月 日

被保険者等の記号・番号		被保険者氏名		
記号	番号			
自宅住所	〒 連絡先(昼間)の電話番号 ()			
事業所名称	所属部室店名			
移送を必要とする者	氏名	被保険者との続柄		
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (才)		
医師意見欄	傷病名	発病又は負傷年月日	平成 令和 年 月 日	
		発病又は負傷の原因		
	移送を必要とする理由			
	移送方法	移送区間	～	
	上記のとおり移送の必要を認めます。		令和 年 月 日	
医療施設等の名称				
所在地		印		
医師の氏名				

[添付書類] 領収書原本

みずほ健康保険組合 事務処理欄

承認 年 月 日	常務理事	事務長	次長	担当