

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

記入見本

(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		みずほ 太郎	
記号 ○○○○	番号 ○○○○○○○				
自宅住所	〒○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-1		連絡先(屋間)の電話番号	○○(○○○○)○○○	
事業所名称	株式会社○○○○○		所属部室店名	○○○支店	
移送を必要とする者	氏名	みずほ 太郎		被保険者との続柄	本人
	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 年 月 日
	移送を必要とする理由	医療施設で証明を受けてください。			
	移送方法				
	上記のとおり	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