

常務理事		担当者

**健康保険 被保険者 被扶養者 移送費支給申請書**

① 被保険者が記入する欄	被保険者証の	記号		番号				
	被保険者の	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日	
	移送を受ける(受けた)方が被扶養者の場合はその方の	氏名		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(療養開始日)	令和	年	月 日	
	傷病の原因				第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ		
	移送(予定)年月日	令和	年	月 日	費用の見積額(移送後の場合は実費)	円		
	移送を必要とする理由							
	移送方法							
	移送区間						移送回数	回
	やむを得ない事由で移送後に届出るときはその理由							
	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		
		口座番号			口座名義人(カナ)			
② 医師が記入する欄	患者氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月 日		
	傷病名		発病又は負傷の年月日(療養開始日)	令和	年	月 日		
	移送を必要とする理由(症状など、具体的に記載)							
	移送方法		移送年月日	令和	年	月 日		
	移送区間						移送回数	回
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 電話</p>								
③ 被保険者が記入する欄	上記のとおり申請します。							
	<p>SMBCファイナンスサービス健康保険組合理事長殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者の TEL</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>							

(注) 移送後に領収書およびその明細書を健保組合へ送付すること。  
(移送後の届出となった場合は、申請書に領収書およびその明細書を添付のうえ、送付すること。)