

※支給支払決議書	受付年月日	平成 年 月 日					常務理事	事務長	担当者		
	伺年月日	平成 年 月 日									
	決済年月日	平成 年 月 日									
	支給金額	百万	拾万	万	千	百	十	円	備考		
	資格取得年月日	平成 年 月 日									
	資格喪失年月日	平成 年 月 日									
	移送期間・回数	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで 回									

フォーラムエンジニアリング健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者 家族 移送承認申請書・移送届・移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	1 被保険者証 記号・番号	—			2 被保険者氏名	印					
	3 被保険者の 現住所	〒 TEL									
	4 事業所名称					5 資格を取得 した年月日	平成 年 月 日				
	6 被扶養者に 関する申請の 時はその者の	A 被扶養者氏名			B 被扶養者生年月日			C 被保険者との続柄			
					昭和 平成 年 月 日						
	7 発病又は負傷 の年月日	平成 年 月 日			8 傷病名						
	9 発病の状態 又は 負傷の原因					10 第三者行為によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <small>「はい」の場合は「第三者行為による傷病届」を提出下さい。</small>					
	11 診療を受けた 医療機関等	【名称】			【所在地】						
	12 移送を必要と するまたは 移送を受けた	【理由】									
		【区間】 から まで									
		【期間】 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで									
		【回数】 回	【距離】 km	【利用交通機関】				【移送に要した費用】 円			
	13 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組					支店 普通 <i>No.</i>				

※訂正した場合は、必ず訂正印（被保険者氏名欄同一印）を押印して下さい。

※移送に要した費用が確認できる書類として、「移送に要した費用の領収書原本」を添付して下さい。

受 取 代 理 人 の 欄	14 本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日									
	被保険者 住所 氏名	印								
	代理人 住所 氏名	印								
15 振込希望の 金融機関名	銀行・金庫・信組					支店 普通 <i>No.</i>				

医師が意見を記入するところ	16 患者氏名		17 傷病名	
	18 移送を必要とする理由  〔症状、その他具体的に記入して下さい。〕			
	19 移送の方法 区間・回数			
	20 上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名  TEL  印			

【医療機関担当医師殿】

※訂正した場合は、必ず訂正印（担当医師印）を押印して下さい。