

区分

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
移送承認日	年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

被 保 険 者 移 送 費 申 請 書

被保険者証の 記号・番号		事業所 の名称	
移送を受けた 者の氏名		生年月日	年 月 日 被保険者との 続柄
傷病名		発病又は 負傷の年月日	年 月 日
発病又は 負傷の原因			
移送の経路 及び方法		移送に要 した費用	円
付添人の氏名 及び住所	氏 名		住 所
第三者行為に因る ときはその事実			
第三者の氏名 及び住所	氏 名		住 所
振込希望の金融 機関名	銀行 支店 (普通 当座)		

上記のとおり申請します。

年 月 日 住所

被保険者の 氏名

印

被保険者個人番号（被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です）

□□□□□□□□□□

日本飛行機健康保険組合理事長 殿

医師又は歯科医師の意見	移送を必要と認められた理由	
	付添を必要と認められた理由	
	入院した病院又は診療所の名称	
	入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	移送の経路及び方法	
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 住所 医師又は歯科医師の氏名 ⑩		

委任状	私は、 年 月 日請求した 金 円也の受領に関する事 被保険者の住所 氏名 代理人の住所 氏名	を代理人と定め、次の権限を委任する。 被保険者 移送費のうち 被扶養者 ⑩ ⑩
	振込希望の金融機関名	銀行 支店 (普通当座)

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 日本飛行機健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名	⑩
-----	--	---

- (注) (1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付して下さい。
(2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。