|  |  |
| --- | --- |
| 受 付 | 年 月 日 |
| 決 定 | 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承  認 | 方 法 |  |  | 決 議 書 | | | | |
| 理事長 | 常務理事 | | 事務長 | 担当者 |
| 回 数 |  |  |  | |  |  |
|
| 費 用 | 円 |
| 不 承 認 | |  | 資格取得 | | 年 月 日 | | |
| 資格喪失 | | 年 月 日 | | |
| 支給年月日 | | 年 月 日 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  被扶養者 | | | | | 移送承認申請書・移送届 | | | | | | | | | | |
| 年 月 日  日本ＮＣＲ健康保険組合理事長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | | | 住所 | | | | | | | | | |
| 氏名 印 | | | | | | | | | |
| 下 記 の と お り 申 請 し ま す 。 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | 事業所の名称 | |  | | | | | |
|  | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 傷 病 の 原 因 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 医師の意見 | 傷 病 名 |  | | | | | | | | 移送  年月日 | |  | | | |
| 移送を必要  とした理由 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 移送の方法  区間及回数 |  | | | | | | | | 費 用 の 見 積 額  移送後のとき  は 実 費 | | |  | | |
| う え の と お り 移 送 の 必 要 を 認 め ま す。  　　 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険医 | | | | | | | 住所  氏名 印 | | | | | | | | |
| 己むを得ない事由で移送後に届出るときは そ の 事 由 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 申請または届が被扶養者に関するとき | | | 氏  名 |  | | | | | 生年  月日 | | 年 月 日 | | | 被保険者との続柄 |  | |
| 備　　　考 | | |  | | | | | | | | | | | | | |

（注） 己むを得ない事由で移送後に届出るときは移送届とし、領収書または証明書（汽車賃等公定の

ものは実際に移送を行ったことを証すに足るもの）を添えること。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |
|  | | | 被保険者 | 移 送 承 認 書 | | |  | |
| 被扶養者 |
| 年 月 日  殿  　　　　　 日本ＮＣＲ健康保険組合  月 日 付 申 請 の 移 送 の 件  下 記 の 通 り 承 認 し ま す。 | | | | | | | | |
|  | 傷病名 |  | | | 移送区間回数 |  | |  |
|  | 患 者  氏 名 | ( 年 月 日) | | | 被保険者との続柄 |  | |  |
|  | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 受 付 | 年 月 日 |
| 決 定 | 年 月 日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支給額 | 円 |  | 決 議 書 | | | | |
|  | 理事長 | 常務理事 | | 事務長 | 担当者 |
|  |  |  | |  |  |
|  | |  |
|  |
|  | 資格取得 | | 年 月 日 | | |
|  | 資格喪失 | | 年 月 日 | | |
|  | 支給年月日 | | 年 月 日 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 被保険者 | | 移 送 費 請 求 書 | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | 被扶養者 | |
| 年 月 日  日本ＮＣＲ健康保険組合理事長　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | | | 住所 | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | 氏名 印 | | | | | | | | | | | | |  |
| 下記のとおり金 円也を請求します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の  記号と番号 |  | | | | | 事業所  の名称 | |  | | | | | | | | | |
| 発病または  負傷の年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病の原因 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 |  | | | | | | | | 移送  年月日 | | | 年 月 日 | | | | | |
| 移送の方法  区間及び回数 |  | | | | | | | | | | 移送に要した費用 | |  | | | | |
| 請求が被扶養者に関するものであるとき | 氏  名 |  | | | | | 生年  月日 | | | 年 月 日 | | | | 被保険者との続柄 | |  | |
| 備　　考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状 | 表記請求金額の受領を に委任します。 |
| 年 月 日 |
| 被保険者氏名 印 |