受付年月日	令和　年　月　日	支　給　支　払　決　議　書			
伺年月日	令和　年　月　日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
決裁年月日	令和　年　月　日				
支 給 額	円	資格取得年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日		
		資格喪失年月日	令和　年　月　日		
		支払年月日	令和　年　月　日		

□被保険者（本人）　□家族　移送費申請書

被保険者（本人）が記入するところ

① 被保険者等の記号・番号		② 記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	□昭和 □平成　年　月　日
⑤ 移送を受けた者の氏名		⑥ 移送を受けた者の生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
⑦ 傷病名		⑧ 発病又は負傷の年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
⑨ 発病又は負傷の原因		⑩ 移送年月日	令和　年　月　日
⑪ 移送の経路及び方法		⑫ 移送に要した費用	円
⑬ 付添人の氏名及び住所	氏名	住所	
⑭ 第三者に因る時はその事実			
⑮ 第三者の氏名及び住所	氏名	住所	
⑯ 振込希望機関	銀行 金庫 組合	店	口座番号 □ 普通　□ 当座 口座名義（カタカナ）
⑰ 公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します （利用する場合は☑、利用しない場合は⑯振込希望機関をご記入ください）		

上記のとおり申請します。

令和　年　月　日

エクセディ健康保険組合理事長 殿

⑱ 〒

被保険者の 住所

氏名

移送を必要と認める医師の意見書欄

患者氏名		生年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
傷病名		発病又は負傷の原因	
移送年月日	令和　年　月　日	発病又は負傷年月日	□昭和 □平成 □令和　年　月　日
移送区間	医療機関名　～医療機関名 所在地　～所在地		
移送方法			
入院した場合（移送元医療機関）	保険医療機関名		
	入院期間	令和　年　月　日～令和　年　月　日	
診療所見及び移送を必要と認める理由	傷病の経過及び具体的処置の内容		
	緊急その他やむを得なかった具体的な理由		
	付添人（医師・看護師）を必要とする具体的な理由		

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和　年　月　日

保険医療機関の　所在地

電話番号

名称

保険医氏名

（※注意）領収書原本（移送費の内訳が詳しくわかるもの）を添付のうえご提出ください。なお、事実確認のため別資料をご提出していただく場合もありますので、あらかじめご了承ください。