

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	
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">医師又は歯科医師の 医療機関名</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</p>		

委任状・受領代理人欄 (在職中の方)	<p>本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p>	
	被保険者	<p>住 所</p> <p>氏 名 ㊟</p>
	代理人	<p>住 所</p> <p>氏 名 ㊟</p>

領 収 書	<p>金 円也但し</p> <p>上の金額を領収いたしました。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p>
	<p>シチズン健康保険組合理事長 殿</p>
	<p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: center;">受領者</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</p>

(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）を添付してください。
 (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。