

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
移送承認年月日	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  
被 扶 養 者 移 送 費 申 請 書

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	000-0000		事 業 所 の 名 称	株式会社		
移 送 を 受 け た 者 の 名 前	健保 愛子		生 年 月 日	年 5月 1日	被 保 険 者 と の 続 柄	妻
傷 病 名	貧血		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	年 月 日		
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	疲労					
移 送 の 経 路 及 び 方 法	駅より 病院へ タクシーで		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 銀 行	会社宛に支払うため、 記載不要 銀行 支店 [ 普通 当座 ]					

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 県 市 町 1 - 1  
被保険者の  
氏 名 健保 太郎



油研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		
印		

委任 状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した	被保険者 被扶養者
	金	移送費のうち 円也の受領に関すること。
		住所
	被保険者の	住所
	氏名	住所
	代理人の	住所
	氏名	住所
		印
		印
振込希望の銀行	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
	油研健康保険組合理事長 殿
	住所
	受領者
	氏名
	印

- (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。