

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	00-00000	事業所 の名称	株式会社		
移送を受けた 者の名前	健保 太郎	生年月日	平成 年 月 日	被保険 者との 続柄	本人
傷病名	腸閉塞	発病又は 負傷の年月日	平成 年 月 日		
発病又は 負傷の原因	不明				
移送の経路 及び方法	胃腸クリニック から 総合病院 まで		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	銀行 支店 [普通 当座 0000000]				

上記のとおり申請します。
平成 年 月 日

被保険者の 住所 県 市 町 1 - 1
氏名 健保 太郎

太陽誘電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
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	移送費のうち
	金 円也の受領に関すること。		
	住所 被保険者の 氏名		印
	住所 代理人の 氏名		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
	太陽誘電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。