

支給支払決議書				
同年月日	年 月 日	常務理事	事務長	係
決裁年月日	年 月 日			
支給額	円			
備考				

被保険者  
被扶養者 移送費申請書

被保険者証の 記号・番号			事業所 の名称		
移送を受けた 者の氏名	生年月日	年 月 日	被保険者 との続柄		
傷病名	発病又は 負傷の年月日		年 月 日		
発病又は 負傷の原因					
移送の経路 及び方法					
移送後	1、入院 2、入院外		移送先		
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		
振込先の銀行	( )		銀行 金庫	支店	
預金種別	1.普通 2.当座	口座番号			

上記のとおり申請します。  
年 月 日  
住所  
被保険者の  
氏名  
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 認めた理由				
	付添を必要と 認めた理由				
	診療した病院名又 は診療所の名称				
	入院した期間	年 月 日から	日間		
		年 月 日から			
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					

委任状	私は、 を代理人と定め、本請求に基づく給付金の受領について代理人に委任します。				
	住所 被保険者の 氏名				
	住所 代理人の 氏名				
振込先の銀行	( )		銀行 金庫	支店	
預金種別	1.普通 2.当座	口座番号			

(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)を添付して下さい。  
(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分を添付して下さい。