

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			
常務理事	事務長		係
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** (第 回目)

被保険者証の 記号・番号		事業所	
移送を受けた		生年月日	年 月 日
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		移送に要	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	銀行 支店 (普通) 名義		

上記のとおり申請します。

年 月 日

被保険者の 住所
氏名
宝グループ健康保険組合理事長 殿 (印)

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	
	入院した病院又は診療所の名称	
	入院した期間	
	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
医師の住所 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 移送費のうち 被扶養者
金	円也の受領に関する事。	
年 月 日	被保険者の住所 氏名	(印)
代理人の住所 氏名		(印)
振込希望	銀行 支店 (普通) 名義	

領収書	金 円也但し
	上記の金額を領収いたしました。
	年 月 日
	宝グループ健康保険組合理事長 殿
	受領者 住所 氏名
	(印)

※注) 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)を添付して下さい。