

受付年月日	年 月 日	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	健康保険組合が記入します		
移送承認年月日	年 月 日			
支給額	円	資格取得	年 月 日	
不承認		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 1 回目)

被保険者証の 記号・番号	1000-1234	事業所	〇〇酒造株式会社		
移送を受けた	宝 純子	生年月日	昭和〇〇年△△月××日	被保険者との	母
傷病名	〇〇〇〇〇〇	発病又は負傷の年月日	平成23年 5 月 1 日		
発病又は負傷の原因	△△△△△△				
移送の経路	〇〇病院から××病院 寝台車		移送に要した費用	30,000 円	
付添人の氏名及び住所	氏名	宝 太郎	住所	京都市下京区四条通烏丸東入〇×町1-2-3	
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。

平成 23 年 5 月 20 日

被保険者の 住所 京都市下京区四条通烏丸東入〇×町1-2-3  
氏名 宝 太郎 (印)  
宝グループ健康保険組合理事長 殿

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	医師の証明をもらって下さい
	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		
	金 円也の受領に関する事。	被扶養者			
	平成 23 年 5 月 20 日	被保険者の住所 氏名	京都市下京区四条通烏丸東入〇×町1-2-3 宝 太郎 (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。