

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 1 回目)

被保険者証の記号・番号	1000-1234	事業所	宝酒造株式会社 本社		
移送を受けた者の氏名	宝 純子	生年月日	昭・平・令 33年 3月 3日	被保険者の続柄	母
傷病名	〇〇〇〇〇	発病又は負傷の年月日	令和 2年 5月 1日		
発病又は負傷の原因	△△△△△△				
移送の経路及び方法	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××××町1-2		
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。

令和 2年 5月 20日

被保険者の 住所 京都市下京区××××町1-2  
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	医師の証明をもらってください
	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。			
	令和 2年 5月 20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こと。	被扶養者		
令和 2年 5月 20日	被保険者の住所 氏名	京都市下京区××××町1-2	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)

記入不要です

※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。