

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			
理事長	常務理事	事務長	担当者
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			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 又は郵便局	銀行 支店（普通当座）					郵便局

上記のとおり申請します。	
年 月 日	
住所	
被保険者の 氏名	印
東海放送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		
	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	日間
	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			
住所			
医師又は歯科医師の 氏名 印			

委任 状	私は、 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 又は郵便局		銀行 支店（普通当座） 郵便局	

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	
	東海放送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(領収書など)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ください