

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 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	

記入例

被 保 険 者
被 扶 養 者

移送費申請書

被保険者証の 記号・番号	25-1998		事業所 の名称	〇〇××株式会社	
移送を受けた 者の氏名	東海 一郎		生年月日	〇〇年 ××月 △△日	被 保 険 者 の 続 柄 本人
傷 病 名	右足首骨折		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
発 病 又 は 負 傷 の 原 因	旅行中、階段から足を踏み外し、転倒したため				
移 送 の 経 路 及 び 方 法	△△から〇〇××病院まで、 タクシーで移動		移 送 に 要 し た 費 用	15,000 円	
付添人の氏名 及 び 住 所	氏 名	東海 康子	住 所	名古屋市〇〇区△△町〇〇××番地	
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 (普通 当座) 郵便局				

上 記 の と お り 申 請 し ま す 。

〇〇年 〇〇月 〇〇日 〒000-0000
住 所 名古屋市〇〇区△△町〇〇××番地
被 保 険 者 の 氏 名 東海 一郎
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	治療を受けた医師に 記入してもらいます。 年 月 日から 年 月 日まで
	移 送 の 経 路 及 び 方 法	
上 記 の と お り 相 違 あ り ま せ ン 。 年 月 日 医 師 又 は 歯 科 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 移送費のうち	任意継続被保険者の 方は不要です。
	金 円也の受領に関すること。 住 所 〒000-0000 被保険者の 名古屋市〇〇区△△町〇〇××番地 氏 名 東海 一郎 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 受領者 住 所 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