

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	理事	事務長	担当
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

被保険者等 記号・番号	10-1234	事業所 の名称	東邦ガス株式会社		
移送を受けた 者の名前	東邦 太郎	生年月日	○年 ○月 ○日	被保険者との 続柄	本人
傷病名	腸閉塞	発病又は 負傷の年月日	○年 ○月 ○日		
発病又は 負傷の原因	不詳				
移送の経路 及び方法	〇〇クリニックから 〇〇病院まで タクシーで移送		移送に要 した費用	〇〇〇〇 円	
付添人の氏名 及び住所	氏名 東邦 花子	住 所	名古屋市〇〇区〇〇 1-〇〇〇		
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	〇〇 銀行 〇〇 支店 (普通 当座 〇〇〇〇〇〇〇)				

上記のとおり申請します。

○年 ○月 ○日

被保険者の 住所 名古屋市〇〇区〇〇 1-〇〇〇
氏名 東邦 太郎



東邦ガス健康保険組合

医師又は 歯科医師 の意見	移送を必要と 認められた理由	手術をする必要があったが、当クリニックにはそのための設備が整っていなかったため		
	付添を必要と 認められた理由	一人では移動が困難だったため		
	入院した病院又は 診療所の名称	〇〇病院		
	入院した期間	〇年 〇年	〇月 〇月	〇日から 〇日まで
	移送の経路 及び方法	〇〇病院までタクシーで移送		
上記のとおり相違ありません。				
〇年 〇月 〇日				
住所 名古屋市〇〇区〇〇町20-2				
医師又は歯科医師の 氏名 平成 太郎				



委任 状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。		
	金	年 月 日	請求した 被保険者 被扶養者	移送費のうち
		円也の受領に関する事。		
		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	銀行	支店 [普通 当座]		

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
	東邦ガス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（領収書等）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下さい。