

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**

被保険者証の 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	クリニックから 病院まで タクシーで移送		移送に要 した費用	円	
付添人の氏名 及び住所	氏名 東邦 花子	住 所	名古屋市 区 1-		
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	銀行	支店	普通 当座	0000000	)

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 区 1 -  
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	病院		
	入院した期間	年	月	日から 日まで
	移送の経路 及び方法	病院までタクシーで移送		
上記のとおり相違ありません。				
年 月 日				
住所 名古屋市 区 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。	
	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事。				
		住所				
	被保険者の					
	住所					
	代理人の					
	住所					
	氏名		印			
	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。