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　回目）

被保険者等記号・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	被保険者と被扶養者続柄	
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	銀行　支店（普通　）名義				

上記のとおり申請します。

年　月　日

被保険者の　住所

氏名　㊞

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	
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　㊞

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こと。 年　月　日 被保険者の 住所 氏名　㊞ 代理人の 住所 氏名　㊞
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　㊞

※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。