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 1 回目）

被保険者等記号・番号	1000-1234	事業所の名称	宝酒造株式会社　本社		
移送を受けた者の氏名	宝　純子	生年月日	昭・平・令　33年　3月　3日	被保険者との続柄	母
傷病名	○○○○○	発病又は負傷の年月日	令和　2年　5月　1日		
発病又は負傷の原因	△△△△△△				
移送の経路及び方法	○○病院から××病院　寝台車	移送に要した費用	30,000　円		
付添人の氏名及び住所	氏名　宝　太郎	住所	京都市下京区××××町1-2		
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。

令和　2年　5月　20日

被保険者の　住所　京都市下京区××××町1-2
氏名　宝　太郎　㊞
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	医師の証明をもらってください
	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。 令和　2年　5月　20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。 令和　2年　5月　20日 被保険者の　住所　京都市下京区××××町1-2 氏名　宝　太郎　㊞ 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　㊞

記入不要です

※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。