

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			
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	0000-0000		事業所 の名称	××××××株式会社		
移送を受けた 者の名前	健保 ×××		生年月日	昭和 15 年 6 月 15 日	被保険 者との 続柄	父
傷病名	骨折		発病又は 負傷の年月日	平成 19 年 ○ 月 ○○ 日		
発病又は 負傷の原因	自転車の事故により転倒、骨折					
移送の経路 及び方法	移送用の車にて		移送に要 した費用	○○○○○○ 円		
付添人の氏名 及び住所	氏名	健保 太郎		住 所	○○県○○市○○町○○1-1	
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 0000000 当座 〕		

上記のとおり申請します。

平成 19 年 ○ 月 ○○ 日

被保険者の 住所 ○○県○○市○○町○○1-1  
氏名 健保 太郎



日本トランスシティ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 認められた理由	
	付添を必要と 認められた理由	
	入院した病院又は 診療所の名称	
	入院した期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
	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		
住所		
医師又は歯科医師の氏名		
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	被保険者 被扶養者	移送費のうち
	金	円也の受領に関すること。		
		住所		
	被保険者の	住所		印
	氏名			
	住所			
	代理人の	住所		印
	氏名			
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	
	日本トランスシティ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。