

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			
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 移 送 費 申 請 書
被 扶 養 者

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		事 業 所 の 名 称			
移 送 を 受 け た 者 の 名 前		生 年 月 日	年 月 日	被 保 険 者 と の 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 の 銀 行	銀行 支店 [普通当座]				

上 記 の と お り 申 請 し ま す 。

年 月 日

被 保 険 者 の 住 所
氏 名

印

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。