

受付年月日	年	月	日
同年月日	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	担当者	
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

昭和産業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。
	金	年 月 日請求した 被保険者 被扶養者 移送費のうち 円也の受領に関すること。
		住所 被保険者の
		氏名
		住所 代理人の
	氏名	
		印
		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ください。