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	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
被扶養者 移送費申請書

被険者等の記号・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

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	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

医師又は歯科医師の　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。

被保険者の　住所

氏名

代理人の　住所

氏名

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

昭和産業健康保険組合理事長　殿

住所　〒

受領者

氏名

（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。