

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			
常務理事	理 事	事務長	担 当
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 等 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
東邦ガス健康保険組合

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 年	月 月	日から 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 氏 名		印
		住 所		
	代理人の 氏 名			印
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
	東邦ガス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。