

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	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			
第三者行為による 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					印
	被保険者の 氏 名					
	住 所					
代理人の 氏 名					印	

領
收
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。