

支給決定伺	常務理事		事務長		係		支給金額		円
	資格関係	年	月	日	取得	支給期間	年	月	日から
		年	月	日	喪失		年	月	日まで
	備考								

受付日付印

被 保 険 者 家 族 移 送 費 請 求 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号	—			標準報酬等級	第	事業所の名称					
	被保険者氏名					被扶養者の場合はその者の氏名			被保険者との続柄			
	傷病名					発病又は負傷の年月日	年	月	日	第三者の行為によるものですか	はい・いいえ	
	疾病又は負傷の経過											
	移送を受けることになった理由(詳細に記入)											
	移送の日時	自	年	月	日	時	分	移送に要した費用の額	円			
	移送の方法							付添い人が同行した場合は、その氏名及び本人との関係	()			
									()			
	上記によって請求します。					被保険者の住所						
	年 月 日					〒						
TOYO TIRE健康保険組合殿					電話()							
					氏名 (印)							
					従業員No. _____							

・移送承認申請書と領収書(原本)を添付して下さい。

被 保 険 者 被 扶 養 者 に 関 する 事 業 主 の 証 明	上記のとおり相違ないことを証明します。	事 業 主 の 所 称 印	
	年 月 日	氏 名	(印)

委 任 状	
上記の移送費の受領を	に委任します。
年 月 日	被保険者氏名 _____ (印)