

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	年 月 日 喪失	支給期間	年 月 日から	年 月 日まで		日間	
	備考								

-----  
 受付日付印

**見本**

被 保 険 者 移 送 費 請 求 書  
 家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	11 — 12345	標準報酬等級	第 21 級	事業所の名称	TOYO TIRE(株) 本社
	被保険者氏名	健保 太郎	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	多発性骨髄腫	発病又は負傷の年月日	2019年4月5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	放射線における治療中				
	移送を受けることになった理由 (詳細に記入)	現在入院中の医療機関では、次の段階の治療を受ける設備がない為、設備のある岡山大学医学部付属病院への転院となった。				
	移送の日時	自2019年4月5日 9時00分 至2019年4月5日 14時00分	移送に要した費用の額	150,000 円		
	移送の方法	民間の救急車	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		〒 000-0000		
2019年4月20日		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇		電話 (000)0000-0000		
TOYO TIRE健康保険組合殿		氏名 健保 太郎		(健保)		
		従業員No. 〇〇〇〇		(健保)		

・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 関 係 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 住 所 氏 名 氏 名 印	
	年 月 日		(印)

委 任 状	
上記の移送費の受領を 〇〇 〇〇 に委任します。	
2019年4月20日	被保険者氏名 健保 太郎 (健保)