

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			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

所属事業所 担当者印	印
---------------	---

被保険者 移 送 費 申 請 書
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	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 〕 フリガナ 口座名	

上記のとおり申請します。
年 月 日
〒
住所
被保険者の
氏名
印
ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長 殿

医師又は 歯科医師の 意見	患者名	
	移送を必要と 認められた理由	
	付添を必要と 認められた理由	
	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

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
	金 円也の受領に関すること。	移送費のうち
	住所 千	
	被保険者の	
	氏名	印
	住所 千	
	代理人の	
	氏名	印

振込希望の銀行	銀行	支店〔普通〕	フリガナ 口座名
---------	----	--------	-------------

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
	ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長 殿
	住所 千
	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。