

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		

(被保険者) 被扶養者 移 送 費 申 請 書

被保険者証の 記号・番号	<u>記号 000・番号 0000</u>		事業所の 名称	株式会社〇〇〇		
移送を受けた 者の名前	健康 太郎		生年月日	XX年 XX月 XX日		被保険者との 続柄 本人
傷病名	腸閉塞		発病又は 負傷の年月日	XX年 XX月 XX日		
発病又は 負傷の原因	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
移送の経路 及び方法	緊急で移動困難の為、 〇〇病院から〇〇病院まで 車両にて搬送。			移送に要 した費用	〇〇〇〇〇 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 〇〇〇〇〇〇 〕 フリガナ 口座名	
					ケンコウ タロウ 健康 太郎	

上記のとおり申請します。

XX 年 XX 月 XX 日

〒 123-4567

住所 〇〇県△△市□□町 123

被保険者の
氏名 健康 太郎

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

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
	代理人の	住所 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 受領者 氏名

- (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。