

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	移送費	
			移送期日	令和 年 月 日	
			移送区間		から まで
資格取得	昭・平・令	年 月 日			
資格喪失	令和	年 月 日	備考		

上記は記入しないでください。

被保険者

## 移送費支給申請書

被扶養者

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。  
日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者	被保険者証の 記号と番号	記号	1010	被保険者の 氏名と印	健保 太郎	印
		番号	99999			
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した移送費の受領に関し、事業主に委任します。				
	被保険者の住所	〒 ○ ○ ○ — ○ ○ ○ ○ ○ ○○県○○市○○町 1-2-3				
	会社名および所属	日本無線株式会社		○○部	○○課	
が 記 入 す る と こ ろ	被扶養者が移送 を受けたとき	被扶養者氏名	生 年 月 日	続 柄		
	傷 病 名	健保 一郎	昭平令 XX年 X月 X日	父		
		脳梗塞	発病または負傷日	平令 X年 X月 X日		
	診療薬剤の支給 または手当を 受けた病院 または診療所の 所在地	○○県○○市○○町 123				
	名称	○○島診療所				
	医師の氏名	医師 太郎				
	移送を受けた区 間、年月日およ び費用の額等	移送年月日	令和 X 年 X 月 X 日 移送			
		区 間	船 ○○島診療所 から 経由○○県立病院 まで			
		移送の費用	250.000 円			
		備 考				