

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	平成 年 月 日	
資格取得	昭和・平成 年 月 日		移送区間		から まで
資格喪失	平成 年 月 日		備考		

上記は記入しないでください。

被保険者

被扶養者

移送費支給申請書

平成 XX 年 10 月 10 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 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号	1010	被保険者の 氏名と印	佐藤 正行	印					
		番号	27770								
	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	〒	1	8	1	—	0	0	1	3	三鷹市下連雀 8-1-15
	会社名および所属	日本無線株式会社			財務経理 部 経理グループ 課						
	被扶養者が移送 を受けたとき	被扶養者氏名	佐藤 浩明			生 年 月 日	昭和・平成 XX 年 4 月 5 日		続 柄	父	
	傷 病 名	脳梗塞			発病または負傷日	平成 XX 年 3 月 4 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	東京都三宅島三宅村 1-1-1								
		名称	三宅島診療所								
		医師の氏名	山田 一郎								
移送を受けた区 間、年月日およ び費用の額等	移送年月日	平成 XX 年 10 月 1 日 移送									
	区 間	船 三宅島診療所 から 經由東京中央病院まで									
	移送の費用	250,000 円									
	備 考										