

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

支給支払決議書			
常務理事	事務長		係
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(家族) 移送費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	-		被保険者名	事業所 の名称	
	移送が被扶養者に 関するものであるとき	氏名		生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名				発病または 負傷年月日	年 月 日
	傷病の原因	(いつ、どこで、何をしていた、どうなったのか)				
	移送の方法 区間及び回数 移送距離等				移送日	年 月 日
				移送に要 した費用	円	
	住所 被保険者 氏名	上記のとおり請求します。			から	まで
						年 月 日
						三重交通健康保険組合理事長 殿

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 氏名	事業所所在地 代理人 事業主名称 事業所氏名

領 収 書	金 円也但し
	上記の金額を領収致しました。 年 月 日
	住所 三重交通健康保険組合理事長 殿 被保険者 氏名

移 送 を 認 め た 医 師 ま た は 歯 科 医 師 の 意 見 書	傷病名		発病または 負傷年月日	年 月 日	移送日	年 月 日
	移送を必要と 認めた理由 (付添を必要と 認めた理由)					
	移送の方法 区間及び回数 移送距離等				から	まで
	所在地 病院名 医師氏名 電話番号	上記のとおり証明致します。			年 月 日	

(注) 領収書または証明書(公共交通機関の料金等公定のものを実際に移送を行ったことを証するに足るもの)を添えること。