

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 記号・番号	-		被保険者名			事業所名 (営業所名)			
	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	
	上記のとおり請求します。						年 月 日			
	住所 被保険者 氏名	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
	上記の金額を領収いたしました。 年 月 日
	住所 被保険者 氏名
	三重交通健康保険組合理事長 殿

移 送 を 認 め た 理 由 (付添を必要と 認められた理由)	傷病名	発病または負傷年月日	年 月 日	移送日	年 月 日
	移送を必要と認められた理由 (付添を必要と認められた理由)				
	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	上記のとおり証明いたします。 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には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。