

受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
移送承認日	年	月	日
支給額	円		
不承認			

支給支払決議書			
常務理事	事務長	担当者	
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 移送費支給申請書

被保険者証の 記号・番号		事業所 の名称			
移送を受けた 者の名前		生年月日	年 月 日	被保険 者との 続柄	
傷病名		発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日		
発病又は 負傷の原因					
移送の経路 及び方法		移送に要 した費用	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 当座]				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者の 住所
氏名

印

日清オイリオ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	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。		
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">医師又は歯科医師の 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

- (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ください。