

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
不 承 認	

支 給 支 払 決 議 書				
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 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 氏 名		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			
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 よ 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。

年 月 日

被 保 険 者 の 住 所
氏 名

印

セメント商工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	
<p>うえのとおり相違ないことを証明いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 医師又は歯科医師の 氏名 印</p>		

委任 状	私は 年 月 日請求したのうち 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。	
	年 月 日	
	被保険者の 住所〒 氏名 印	
	代理人の 住所〒 氏名 印	
振込希望の銀行	銀行 支店 (普通 当座)	

領収書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。	
	年 月 日	
	セメント商工健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名 印	

- (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)を添付して下さい。
(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下さい。