受付年月日	年	月	日
伺年月日	年	月	日
決裁年月日	年	月	日
支給額			円

支 給 支 払 決 議 書									
常務理事		事務長	担当	4者					
資格取得!				年	月	日			
資格喪失1	∃ _			年	月	日			
支払年月日	3			年	月	日			

被保険者

移送費申請書

家族

被保険者証の 記号・番号	_		被	保険者の 氏名							
	_			八石	 被1	保険	者との続	柄			
移送を受ける者の 氏名・生年月日	9				1221	1010					
八石-王平月口				昭和 • 引	ヹ					日	生
海点点						:	発病または	は負傷年	月日		
傷病名								年	月		日
移送年月日		令和	年	月	日	~		日間			Н
移送交通機関				移送に要	した費用	Ħ	¥				
移送元名称•住所											
移送先名称・住所											
付添人氏名·住所											
第三者行為による 場合、その事実											
第三者の氏名・住所											
上記のとおり、「	申請いたします	•		令和	1		年	月	E	3	
被	保険者	住所	₹								
		氏名							(E		
健保 受付日	付印			音羽像	建康保隆)	目合 理될	事長 展	ž		
					り申請に		移送費に		用の		

- ・証明書等が外国語で記入されている場合は、 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。

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

移送を受ける者の 氏名								
傷病名								
移送を必要と 認めた理由 症状・その他を 具体して ください								
付添を必要と 認めた理由								
入院した病院 または 診療所名称								
入院期間	令和	年	月	日 ~ 計	令和 日間	年	月	日
上記のとおり、移送の必要)必要を認めます。			令和		月	B
医	療機関	住所	₹					
		名称						
医	師	氏名						(FI)