

受付年月日	年	月	日
伺い年月日	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				
常務理事	事務長	課長	係長	担当

被保険者
被扶養者 **移送費申請書**

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 番号	事業所	名称 所在地
	移送を受けた者の	氏名	昭 (生年月日) 平 年 月 日 令	被保険者との続柄 傷病名
	発病又は負傷の原因を詳しく			(発生年月日) 年 月 日 (第三者行為の有無) ・いいえ ・はい
	移送を受けた区間、移送期間及び費用の請求	区間 から 迄 移送期間(支給期間) 年 月 日 から 年 月 日 迄	移送先 病院	移送後 ・入院 ・入院外 移送回数 回 移送に要した費用 円 距離 KM 利用交通機関
	振り込み希望の金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 普 ・ 支店 当	口座番号 口座 フリガナ 名義 (被保険者)
	年 月 日 上記のとおり請求します。 京葉ガス健康保険組合理事長 殿 被保険者の 住所 氏名			

医師又は歯科医師の意見	移送を必要と認めた理由	
	付添を必要と認めた理由	
	入院した期間	年 月 日 から 年 月 日 迄 日間
	移送の経路及び方法	年 月 日 上記のとおり相違ありません。 医師又は歯科医師の 住所 名称 氏名

委任状	本請求に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日	
	請求者 住所 氏名	代理人 住所 氏名
振り込み希望の金融機関名	銀行 金庫 組合	本店 普 ・ 支店 当
		口座番号 口座 フリガナ 名義

領収書	金 円也但し 上の金額を領収いたしました。 年 月 日
	京葉ガス健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名

- (注) ・ 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。
 ・ 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
 ・ 委任状欄の金融機関名は代理人の口座名義を記入してください。