



支給額	円
-----	---

支給支払決議書			
常務理事	事務長	事務課長	担当

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支給年月日	年	月	日

被保険者 被扶養者	移送費支給申請書	<table border="1"> <tr> <td>事業所 C</td> <td>事務担当</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	事業所 C	事務担当		
事業所 C	事務担当					
大日本印刷健康保険組合御中		社員番号				
		住所				
下記の通り申請いたします		被保険者 氏名 (印)				

被保険者証	記号		所属	会社名		
	番号			部 課		
傷病名			発病又は負傷の年月日	年	月	日
傷病又は負傷の原因を詳しく						
発病又は負傷の原因が第三者の行為によるとき	住所氏名電話番号					
診療を受けた医療機関	名称		診療担当医師氏名			
	所在地					
移送を受けた	移送日	年	月	日 (曜)	利用交通機関	
	区間	から				まで
	移送に要した費用	円	距離	Km		
	移送後	1. 入院	2. 入院外	移送先		
移送された者	氏名		生年月日	年	月	日 続柄

委任状	私は事業主を代理人と定めこの移送費の受領を委任します。					
	年	月	日	被保険者氏名 (印)		
				代理人職氏名 (印)		

領収書	金 , 円也 領収いたしました。					
	年	月	日	代理人職氏名 (印)		

年 月 日 提出

【注意】

この申請書に移送に要した費用の領収書を添えて下さい。

入力番号		点検者	
------	--	-----	--