

医師又は 歯科医師の 意見	患者名	
	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。

年 月 日

住所
医師又は歯科医師の
氏名

印

委任 状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した	被保険者 被扶養者
	金 円也の受領に関する事。	移送費のうち
	住所 被保険者の 氏名	印
	住所 代理人の 氏名	印

振込希望の銀行	銀行	支店〔普通〕	フリガナ 口座名
---------	----	--------	-------------

領 収 書	金 円也但し うへの金額を領収いたしました。
	年 月 日
	ポーラ・オルビスグループ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下さい。