

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 移 送 費 申 請 書  
被扶養者

被保険者証の 記号・番号	記号_____・番号_____		事業所 の名称			
移送を受けた 者の名前			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	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	〒		
第三者行為に因る 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 〕 フリガナ 口座名		

上記のとおり申請します。
年 月 日
〒
被保険者の 住所
氏名
ポーラ・オルビスグループ 健康保険組合理事長 殿

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

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	移送費のうち
	金 円也の受領に関すること。	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	
	うえ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	

- (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。