

下記申請にもとづき次のとおり 支給申請を決定いたしたい。		常務理事	事務長	関係者	関係者	担当者
決裁年月日	令和 年 月 日					
支給額						
(家族)移送料支給申請書						
東北電力健康保険組合理事長 殿			令和 年 月 日			
下記のとおり申請いたします。					<input type="checkbox"/> この届出は被保険者が内容を確認し作成しています	
被保険者氏名	記号番号		事業所			
			所属			
移送を受けた者の氏名	続柄	性別	移送を受けた者の生年月日		被保険者連絡先電話番号	
			昭・平・令 年 月 日		※ 日中の連絡先番号を記入	
傷病名						
入院又は受診した病院等の 名称及び所在地		名称				
		所在地				
移送区間及び方法						
移送した年月日及び回数		年 月 日から				
		年 月 日まで		日間		
移送に要した費用		円				
傷病又は負傷の経過						

医師 証 明 欄	上記のとおり移送の事実を証明する。
	令和 年 月 日
	医療機関名
	所在地
	医師氏名

(1) 記載できる欄はもれなく記載し、空欄は斜線を引いて下さい。

(2) 移送費用の明細が記入された領収書(原本)を添付して下さい。