

支給決議	同年月日	.	.	取得年月日	.	.	常務理事	事務長	所属長	担当者	担当者
	支給額				喪失年月日	.	.				
					移送期日	.	.				
移送区間		から			まで	移送回数	回				

事業所コード	事業所名	被保険者 家 族	移送費支給申請書	事業所	所属長	担当者

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ				生年月日	昭・平				
	16		氏名									
	現住所	〒					Tel					
	適用事業所						取得年月日	平成 令和				
							喪失年月日	令和				
	傷病名						発病又は負傷年月日	令和 年 月 日 時 分				
	発病又は負傷の原因											
	診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所の	所在地										
		名称										
		担当医師名										
移送を受けた区間、年月日及び費用の請求	区間	から					經由					まで
	回数	回	距離	km	利用交通機関							
	移送年月日	令和 年 月 日	移送に要した費用		円							
申請が被扶養者に関するときはその者について	フリガナ				男	生年月日	昭平令	コード				
	氏名				女			続柄	認定月日	平成 令和		

医 師 記 入 欄	傷病名						保険で診療を開始した日	令和 年 月 日							
	必要と認めた移送の区間・回数	区間	から					經由					まで	回数	回
	移送を必要と認めた理由	[病状などを 入れて詳しく]													
		上記の理由で移送の必要を認めます。 所在地 医療機関 名称 担当医氏名													

委 任 状	令和 年 月 日に請求した移送費の受領を委任いたします。	令和 年 月 日	委任受領者	所在地	事業所	名称	事業所長名
	本人住所氏名						

※喪失(退職)後の支払い方法	令和 年 月 日提出						支払	決議	受付	
	振込	銀行								支店
		普/当	No.							
イ. 銀行振込(請求者名義のみ)	先	名義人(カタカナ)								

- (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(領収証等)を添付して下さい。
- (注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。
- (注3) 第三者の行為による負傷の際は、「第三者の行為による傷病届」一式を添付して下さい。