

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
0	1 本社					

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	ケンコウ タロウ			生年月日	昭 平	〇〇	〇〇	〇〇							
	16	01	123456	氏名	健康 太郎			平	〇〇	〇〇	〇〇							
	現住所	〒 000-0000 東京都〇〇区××1-2-3						TEL	000-000-0000									
	適用事業所	山崎製パン株式会社						取得年月日	平成 令和	〇〇	〇〇	〇〇						
	傷病名	〇〇〇〇〇					発病又は負傷年月日	令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	××	時	××	分
	発病又は負傷の原因	〇〇〇〇〇																
	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	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇															
		名称	〇〇病院															
	移送を受けた区間、年月日及び費用の請求	担当医師名	△△ △△															
		区間	〇〇病院 から			經由			××病院 まで									
回数		1	回	距離	km	利用交通機関	骨髄搬送車両											
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	昭和	平成	コード	続柄	認定月日	平成 令和							
	氏名			女														

医 師 記 入 欄	傷病名	〇〇〇〇〇					保険で診療を開始した日	令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
	必要と認められた移送の区間・回数	区間	〇〇病院 から			經由	××病院			回数	1 回			
	移送を必要と認められた理由	骨髄移植のために、骨髄液の採取が行われた〇〇病院から移植実施の××病院まで												
	〔病状などを 入れて詳しく〕	骨髄液を搬送したため。												
入 欄	上記の理由で移送の必要を認めます。													
	所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇												
	医療機関 名称	〇 〇 病 院												
	担当医氏名	△△ △△												

委 任 状	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日に請求した移送費の受領を委任いたします。	委任受領者	所在地	東京都千代田区岩本町3-10-1							
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	事業所	名称	山崎製パン株式会社							
本人	住所	健康 太郎		事業所長名	事業 太郎						
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。