

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 <u>家</u> 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	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	〒	000	-	0000	-	0000										
	現住所	東京都〇×区 1-2-3					取得年月日	平成	令和	〇〇	〇〇	〇〇									
	適用事業所	山崎製パン株式会社					喪失年月日	令和													
	傷病名	〇〇〇病					発病又は 負傷年月日	令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	××	時	××	分			
	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	東京都〇〇区1-1																		
		名称	東京〇〇〇病院																		
		担当医師名	保険 元																		
	移送を受けた 区間、年月日 及び費用の 請求	区間	東京〇〇〇病院 から					經由	総令△△△病院 まで												
		回数	1	回	距離	km	利用交通機関	骨髓搬送車両													
	移送年月日	令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	移送に要した費用	〇〇, 〇〇〇 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						生年月日	昭平	令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	コード	続柄	認定 月日	平成	令和	
	氏名																				

医 師 記 入 欄	傷病名	〇〇〇病					保険で診療を 開始した日	令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日		
	必要と認めた 移送の区間・回数	区間	東京〇〇〇病院 から					經由	総令△△△病院 まで					回数	1	回
	移送を必要と 認めた理由	骨髓移植のために、骨髓液の採取が行われた 東京〇〇〇病院 から移植実施の 総令△△△病院 まで骨髓液を搬送したため。														
	〔病状などを 入れて詳しく〕															
入 欄	上記の理由で移送の必要を認めます。															
	令和	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日	医療機関	所在地	東京都〇〇区1-1						
								名称	東京〇〇〇病院							
							担当医氏名	保険 元								

委 任 状	上記のとおり申請します。 本申請に基づく在籍期間中の移送費の受領は代理人(事業主)に 委任します。(在籍者の振込先は給与口座となります。)										委任 受領 者	所在地 事業所 名称 事業所長名
	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日											記入不要
	被保険者 氏名 健康 太郎											

喪失(退職)者、任意継続被保険者、被保険者死亡時の請求者は直接振り込みとなりますので、振込先口座を記入してください。 但し、事業所を通しての支払い希望の場合は記入不要です(給与口座へ振り込み) 口座は請求者名義のみとなります。															支 払	決 議	受 付
振 込 先	銀行 支店																
普通預金 口座番号 No.																	
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)を添付してください。
(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ください。
(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」一式を添付してください。