

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 . .						
	傷病名					発病又は 負傷年月日	令和	年	月	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											
		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					生年月日	昭 平 令 . .	コード			認定 月日	平成 令和 . .	
	氏名							続柄					

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 令和 年 月 日 担当医氏名									

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 年 月 日					被保険者 氏名			

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。												
振 込 先					銀行						支店	
	普通預金	口座番号	No.									
	名義人(カタカナ)											
支 払 決 議 受 付												

(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。