

受付年月日	年 月 日	支給額	円	常務理事	事務長	課長	係
伺年月日	年 月 日						
決済年月日	年 月 日	不承認					
移送承認	年 月 日	支払年月日	年 月 日				
				資格取得	年 月 日		
				資格喪失	年 月 日		

被保険者

移 送 費 申 請 書

被扶養者

年 月 日 提出

被保険者証の	記号 番号	氏名	印			
移送を受けた者の 氏名		生年月日	年 月 日	続柄		
事業所の名称	(内線 —)					
傷病名		発病又は 負傷の年月日				
発病又は 負傷の原因		移送の経路及び 方法		移送に要し た費用	円	
付添人の氏名 及び住所	氏名	住所	〒			
第三者行為に因ると きはその事実		第三者の氏名 及び住所	氏名	住所	〒	
備考						

被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要）には、備考欄に記載して下さい。

個人番号を記載した場合は、下記内容に同意の上、「チェックボックス ()」にチェックを入れてください。

本申請書の提出について、事業主に委任いたします。（委任する場合 ）

医師又は 歯科医師 の意見	移送を必要と認め た理由		移送の経路及び 方法	
	付添を必要と認め た理由			
	入院した期間	年 月 日	～	年 月 日 日間
	上記のとおり相違ありません。 医師又は歯科医の 氏名	住所 〒	年 月 日	

振込希望の 銀行	銀行コード		銀行名	銀行
	店番号		支店名	支店
	預金種目	普通 当座	口座番号	
	口座名義	漢字		
		カタカナ		

委任状	私は、	を代理人と定め、次の権限を委任する。	※ 受付印
	(年 月 日請求した被保険者・被扶養者の移送費のうちの 金 円)	の受領に関すること。	
	被保険者の住所 氏名	印	
	代理人の住所 氏名	印	

(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（領収書等）を添付してください。

(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