

受付年月日	年	月	日	支給額	円	常務理事	事務長	課長	係		
同年月日	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

平成 29 年 1 月 6 日 提出

被保険者証の記号	11	氏名	光学 一郎 (印)			
被保険者証の番号	1234	生年月日	40年 10月 10日			
移送を受けた者の氏名	光学 花子	生年月日	45年 8月 8日	続柄	妻	
事業所の名称	〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷1234 TEL 03-1234-5678					
傷病名	左大腿骨骨折	発病又は負傷の年月日	平成28年12月3日			
発病又は負傷の原因	12月3日、スキーの時に転倒し大腿部を負傷した。	移送の経路及び方法	伊那市から松本市まで	移送に要した費用	15000 円	
付添人の氏名及び住所	氏名 光学 一郎	住所	〒396-0021 長野県伊那市大字伊那1234			
第三者行為に因るときはその事実	該当せず	第三者の氏名及び住所	氏名 該当せず	住所	〒 該当せず	
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。 住所 氏名 印	

振込希望の銀行	銀行コード	100	銀行名	〇〇 銀行
	店番号	125	支店名	伊那 支店
	預金種目	普通 当座	口座番号	1234
	口座名義	漢字 光学 一郎 カタカナ コウガク イチロウ		

委任状	私は、光学 一郎 を代理人と定め、次の権限を委任する。 (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。)	※ 受付 印
	被保険者の住所 長野県伊那市大字伊那部1234 氏名 光学 一郎 (印) 代理人の住所 印 氏名	

- (注)
- 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。
 - 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