

| | | | | |
|----------|------|------|-----|-----|
| 支給 決議 | 支給金額 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | 円 | | | |

被保険者 移送費請求書
家族

令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|--|------------------|---------------------------------|----------|-------------------|-------------------|----|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ | 記号・番号 | 記号 | 番号 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| | 住所 | 〒 Tel. | | 事業所 所属 | 内線 Tel. | | |
| | フリ氏 カナ名 | | | | | | |
| | 申請が被扶養者に関する時その者の | フリ氏 カナ名 | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | 続柄 | | |
| | 傷病名 | | | 発病 または 負傷年月日 | 年 月 日 | | |
| | 発病または 負傷の原因 | | | | | | |
| | 診療等手当を受けた医療機関 | 所在地 〒 名称 医師名 | Tel. | | | | |
| | 移送後の 医療機関 | 所在地 〒 名称 医師名 | Tel. | | | | |
| | 移送を受けた | 期日 | 月 日～ 月 日 | | 回数 | 回 | |
| | | 区間 | ～ | | 距離 | Km | |
| 費用 | | 円 | 利用交通機関 | | | | |
| 振込希望口座 | | 銀行 | | 口座番号 | | | |
| | | 支店 | | フリ氏 カナ名 | 義 | | |
| 委任状 (受領を委任する場合のみ 記入) | | 本請求に基づく給付金の受領を 氏名 氏名 に委任します。 | | | | | |
| | | 被保険者氏名 | | | | | |
| 注) 領収証および明細書を添付下さい。 | | | | [受付日付印] | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・記号・番号を記入した場合は不要です。 ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |