支給決議	支給金額	常務理事	事務長	担当者
	円			

被保険者
家族

移送費請求書

令和　　年　　月　　日

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・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.
	氏名（フリガナ）					
	申請が被扶養者に関する時その者の	氏名（フリガナ）	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	
	移送を受けた　区間	～		距離	Km	
	移送を受けた　費用	円	利用交通機関			
振込先（任意継続被保険者のみ記入）旧郵便局口座不可、ゆうちょ銀行口座取扱可		銀行	口座番号			
		支店	名義（フリガナ）			
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　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。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（この場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付資料が必要です。）

備考	

［受付日付印］

【給7】20211001