

支給 決議	支給金額	常務理事	事務長	担当者
	円			

被保 移送費請求書
険者

平成 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	大正 昭和	年	月	日		
	住 所	〒			事業所 所属	内線 Tel.				
	フリ 氏	名								Tel.
	申請が被扶養者に 関する時その者の	フリ 氏	ガナ 名	生年 月日	明治・大正・昭和・平成	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 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		フリ 氏	ガナ 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 ⑩ に委任します。									
	被保険者氏名			⑩						
注) 領収証および明細書を添付下さい。					[受付日付印]					
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										