

支給決議	支給金額	常務理事	事務長	担当者
	円			

記入例

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 39年 9月 30日					
	住所	〒000-0000 00県00市00町0-00-00 Tel. 00-0000-0000.		事業所	三菱UFJニコス株式会社 00部00グループ 00チーム 内線200-1234 Tel.					
	フリ氏名	フリ氏名	ケンボ 健保 ダイキチ 大吉	生年月日	昭和・平成・令和 00年9月9日	続柄	妻			
	申請が被扶養者に関する時その者の	フリ氏名	ケンボ 健保 ハナコ 花子	生年月日	昭和・平成・令和 00年9月9日	続柄	妻			
	傷病名	腸閉塞		発病または負傷年月日	令和00年0月0日					
	発病または負傷の原因	不詳								
	診療等手当を受けた医療機関	所在地	〒000-0000 00県00市00町0-00-00		名称	000胃腸クリニック	医師名	00 00	Tel.	00-0000-0000
	移送後の医療機関	所在地	〒000-0000 00県00市00町0-00-00		名称	000病院	医師名	00 00	Tel.	00-0000-0000
移送を受けた	期日	00月00日~00月00日		回数	0回					
	区間	0市0町~0市0町		距離	0Km					
	費用	円	利用交通機関	タクシー						
振込希望口座		銀行		口座番号						
		支店		フリ氏名	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 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										