

支給支払決議書	支払額							常務理事	事務長	担当者	
	資格	得	年	月	日	移送期間	始	年	月	日	日数
	喪	年	月	日		終	年	月	日		日間

健康保険 被保険者・家族

## 移送費支給申請書

令和 年 月 日提出

※捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。

被 保 険 者 が 記 入	被 保 険 者 の 記 号 ・ 番 号			被保険者(請求者)の 氏 名	フリガナ				
	記 号	番 号							
	被 保 険 者 ( 請 求 者 ) の 現 住 所			〒					電 話 ( )
	事 業 所 の 名 称								
	移送が被扶養者に関するときは、 その方の氏名等			氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	続柄		
	傷 病 名			発病又は負傷年月日 (療養開始年月日)		令和 年 月 日			
	発病の状態又は負傷の原因 及びその経過 (詳しく記入)			第三者行為によるものですか				はい ・ いいえ	
	診療を受けた病院等 (移送前)		名 称	医師の氏名					
			所在地						
	移 送 区 間		地名・駅名	地名・駅名	移送後	入院 ・ 通院			
			から	まで	移送先	病院			
	移 送 期 間		始	令和 年 月 日	移送回数		回		
		終	令和 年 月 日	日間					
移 送 に 要 し た 費 用			円	距離	約 km				
利 用 交 通 機 関									

### 【添付書類】

- ①移送を必要とする医師の意見書
- ②移送に要した費用の領収書(原本のみ)(経路の記載があるもの)

※事実確認のため上記以外の書類を提出していただく場合もあります。

※ 在籍者は、事業所経由(給与加算)でお支払しますので、下記の委任状にご記入ください。

委 任 状	私は会社を代理人と定め、本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します	
	本人	氏 名
	代理人 会社	事業所住所 事業所名称 氏 名

受付日付印

※ 退職者は、支払い口座を記入してください。(被保険者以外の口座へ振込を希望される場合は別紙委任状が必要です)

銀 行	支 店	普 通	口 座 番 号
信用金庫	出張所	当 座	口 座 名 義 ( 効 力 )