

【受 付 印】

支 給 支 払 決 議 書				
常務理事	事務長	係		不支給の場合
				
資格取得年月日		年	月	日
資格喪失年月日		年	月	日
支 給 額		円		

被 保 険 者
家 族

移 送 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者の		被保険者証の 記号番号	—		氏名					
			住所								
	移送を受けた者の		氏名				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	傷 病 名					発病又は負傷 の年月日	令和	年	月	日	
	発 病 又 は 負傷の原因					移送年月日	令和	年	月	日	
	移送経路 及び方法					移送に要した 費用の額	円				
	付添人の氏名 及び住所		氏名				住所				
	第三者行為に因るとき はその事実										
	第三者の氏名 及び住所		氏名				住所				
	受 取 方 法 (① ② い ず れ か 記 入)	①在籍中の方 会社へ委任 して下さい		私は本申請に基づく給付金の受領について事業所代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者の氏名							
②上記以外 振込先を記入 して下さい (任継者は記入不要。 登録口座へ振込)		銀 行 信金・信組 労金・農協		本店・出張所 支店・営業部		普通・当座					
口座 番号				(フリガナ) 口座名義		()					

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見 欄	移送を必要と認めた理由									
	付添を必要と認めた理由					診断年月日	令和	年	月	日
	移送経路及び方法					移送年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ありません。 住 所 病院名 医師名 電 話 局 () 番		令和 年 月 日							

備 考 欄	
-------------	--

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、備考欄へ記載して下さい。
(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。)

【記入上の注意】

1. 標題の「被保険者」「家族」は、いずれか該当する文字を丸で囲んでください。

【添付書類】

1. 移送に要した費用の額を証明する書類(領収書、経路や費用の明細がわかる書類 等)
2. 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文。