

支払期間	平・令 年 月 日 から	資格	取得	平・令 年 月 日
	平・令 年 月 日 まで		喪失	平・令 年 月 日
支給額	円		支給日	令和 年 月 日

常務理事	事務長	担当

- 被保険者
 被扶養者

移送費請求書

申請日 令和 年 月 日

被保険者証: 記号		被保険者証: 番号		事業所			
被保険者氏名					被保険者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
移送者氏名			続柄	移送者生年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
傷病名				発病又は負傷の日	<input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
傷病の原因				移送年月日	<input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
移送経路(移送区間)				移送回数	回		
移送方法				移送に要した費用	円		

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人(事業主)に委任します。 令和 年 年 日		
	被保険者(請求者)	住所:	
		氏名:	(印)
	代理人(事業主)	所在地:	
		氏名:	(印)

※ 資格喪失済の方のみご記入下さい。任意継続の方は、任意継続被保険者資格取得申請書に記載の口座に振込みます。

銀行・信組・金庫		本店・支店・代理店	
その他()		その他()	
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	口座名義(カタカナ)

受付印

※ 添付書類

- 移送に要した費用の額を証明する書類。(領収書等)
- 移送前に承認を受けていない場合は「移送承認申請書・移送届」を併せて提出してください。