

支払期間	平・令 年 月 日 から	取得	平・令 年 月 日	常務理事	事務長	担当
	平・令 年 月 日 まで		平・令 年 月 日			
支給額	円	支給日	令和 年 月 日			

- 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	株式会社〇〇〇〇		
000	0000000				
被保険者氏名	健保 太郎		被保険者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 △ 年 △ 月 △ 日	
				<input type="checkbox"/> 平成	
移送者氏名	健保 花子	続柄	妻	移送者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 △ 年 △ 月 △ 日
				<input type="checkbox"/> 平成	
				<input type="checkbox"/> 令和	
傷病名	脳梗塞		発病又は負傷の日	<input type="checkbox"/> 平成 △ 年 △ 月 △ 日	
				<input checked="" type="checkbox"/> 令和	
傷病の原因	夜間に自宅の脱衣所で倒れた		移送年月日	<input type="checkbox"/> 平成 △ 年 △ 月 △ 日	
				<input checked="" type="checkbox"/> 令和	
移送経路(移送区間)	××病院から国立〇〇病院まで		移送回数	1 回	
移送方法	患者輸送車により搬送		移送に要した費用	30,000 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:	東京都〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
		氏名:	健保 太郎		
	代理人(事業主)	所在地:	東京都港区虎ノ門△-△-△		
	氏名:	株式会社〇〇〇〇 三井 次郎			

※ 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	口座番号								口座名義(カタカナ)	
	<input type="checkbox"/> 当座										

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。