

支給決定額		支給決定日			平成	年	月	日	給付記録 入力済印
移送費	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者				

被保険者家族 移送費支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号	100	123456	事業所名	×××株式会社			
	被保険者 の氏名	給付 太郎		被保険者 の住所	〒 123-4567 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3			
	申請が 被扶養者に 関するとき	氏名		生年月日	昭和 平成	55 年 4 月 15 日	被保険者 との続柄	
	傷病名	背骨骨折		発病・負傷 の年月日	昭和 平成	XX 年 X 月 X 日		
	発病又は 負傷の 原因	スキー中に転倒					第三者行為によるものですか いいえ はい	
	診療を受けた 病院等	名称	△△山スキー場診療所		医師の 氏名	健康 二郎		
		所在地	△△県△△町△△123					
	移送区間	△△ から ×× 経由 ○○ まで			移送後	入院	入院外	
				移送先	〇〇大学病院			
移送年月日	平成 XX 年 X 月 X 日			移送回数	移送に要した費用		利用交通機関	
				1 回	50,000 円		民間救急車	

受 取 代 理 人	本請求に基づく給付金に関する権限を事業主(又は代理人)に委任します。						
	平成 年 月 日						
	被保険者 (請求者)	住所 氏名					印
	事業主 (又は代理人)	事業所名 所在地 氏名					印

受付日付印

(注意事項)

- この申請書には、移送に要した費用の領収書(原本)を必ず添付して下さい。
- 証明書等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を添付して下さい。

MBK連合健康保険組合