

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 族 移 送 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証 の記号番号			事業所名				
	被保険者 の氏名	Ⓜ		被保険者 の住所	〒			
	申請が 被扶養者に関 するとき	氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者 との続柄	
	傷病名			発病・負傷 の年月日	昭和 平成	年 月 日		
	発病又は 負傷の 原因						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			医師の 氏名			
		所在地						
	移送区間	から 經由 まで				移送後	入院 入院外	
						移送先		
移送年月日	平成	年	月	日	移送回数	移送に要した費用	利用交通機関	
					回	円		

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						Ⓜ
	事業主 (又は代理人)	事業所名 所在地 氏名						Ⓜ

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。