

支給額		円	
支給期間	年 月 日から		
	年 月 日まで		
	日間		

支給支払決議書				
	常務理事			担当者
資格取得		年 月 日		
資格喪失		年 月 日		
支払年月日		年 月 日		

被保険者

被扶養者

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	記号 番号	事業所	名 称 所在地			
	移送を受けた者の 氏名	氏名		生年月 日	昭平 令 年 月 日	被保険者 との続柄	
	傷病名						
	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
	発病又は負傷の年 月 日	平成令 和 年 月 日	移送に要した費 用の額	円 (別添付証明書のとおりに)			
	移送の経路	(KM)					
	移送の方法					移送年月日	令和 年 月 日
	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			
振込先	銀行 支店 普通・当座 NO.						
委 任 状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。 令和 年 月 日						
	被保険者 住所 (申請者) 氏名 ㊞						
	代理人 住所 (事業主) 氏名 ㊞						
医 師 ま た は 歯 科 医 の 意 見 書	傷病名						
	移送を必要とする 理由						
	移送の経路・ 方法						
	診療又は手当てを受 けた医療機関の名 称・所在地及び医師 の氏名	名称 氏名	所在地及 び電話番 号	電話 ()			