

支払期間	平・令	年	月	日	から	資格喪失	平・令	年	月	日
	平・令	年	月	日	まで		平・令	年	月	日
	日間				支給日		令和	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 記 入 欄	被保険者等:記号		被保険者等:番号		事業所					
	被保険者氏名					被保険者生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日			
	移送者氏名				続柄		移送者生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日		
	傷病名					発病又は負傷の日	☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日			
	傷病の原因					移送年月日	☐ 平成 ☐ 令和 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 :								
代理人(事業主)	所在地 :									
	氏 名 :									

※ 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	☐ 普通 ☐ 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。