

支払期間	平・令 年 月 日 から	取得 資 格	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 記 入 欄	被保険者等:記号	被保険者等:番号	事業所	株式会社〇〇〇			
	000	000000					
	被保険者 氏名	健保 太郎		被保険者 生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	△ 年 △ 月 △ 日	
	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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	△ 年 △ 月 △ 日
	傷病名	脳梗塞		発病又は 負傷の日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	△ 年 △ 月 △ 日	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	△ 年 △ 月 △ 日	
	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:	東京都港区虎ノ門〇-〇-〇			
		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 代表取締役社長 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。

預金 種別	<input type="checkbox"/> 普通	口座 番号	銀行・信組・金庫			本店・支店・代理店			
	<input type="checkbox"/> 当座		その他()			その他()			

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。