

受 付		年	月	日
決 定		年	月	日
承 認	方 法			
	回 数			
	費 用			
不 承 認				

常務理事	事務長	担当者
資 格 取 得 日	年	月 日
資 格 喪 失 日	年	月 日
支 給 年 月 日	年	月 日

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

年 月 日

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	-	事 業 所 名				
被 保 険 者 氏 名		事 業 所 所 在 地				
傷 病 名			発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日		
発病の状態又は、 傷 病 の 原 因				第三者行為によ るものですか	はい・いいえ	
診療又は手当を受 けた医療機関名			移 送 年 月 日	年 月 日		
移 送 先			移 送 の 方 法			
移 送 の 区 間	から		移送回数及び距離	回	km	
	まで		移送に要した費用	円		
申請又は届が被扶 養者に関するとき	氏 名	生 年 月 日	昭 平 令	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	
振 込 希 望 の 銀 行	銀行 支店 (普通 当座)					

医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見 欄	傷 病 名				
	移送を必要と す る 理 由				
	移 送 の 方 法 区間及び回数				
	上記のとおり移送の必要を認めます。				
	年 月 日				
	〒	—			
	住 所				
	名 称				
	医 療 機 関				
	医 師 名				
	電 話 番 号				

(注) 領収書または証明書（交通機関の運賃等公定のものとは実際に移送を行ったことを証するに足るもの）を添付すること。