

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。					
	元 一	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。