

伺 年 月 日	平成 年 月 日
決 裁 年 月 日	平成 年 月 日
移 送 承 認 日	平成 年 月 日
支 給 額	円
不 承 認	

支 給 支 払 決 議 書			
理事長	常務理事	事務長	係員
資 格 取 得	年 月 日		
資 格 喪 失	年 月 日		
委任			
渡			

被 保 険 者
被 扶 養 者

移 送 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 証 号 被 記 号 ・ 番 号			被 保 険 者 氏 名		
移 送 を 受 け た 者 の 氏 名			生 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日 生	続 柄
傷 病 名			発 病 また は 負 傷 の 年 月 日	平成 年 月 日	
発 病、負 傷 の 原 因 お よ び そ の 経 過					
移 送 の 経 路 及 び 方 法					
移 送 年 月 日	平成 年 月 日	移 送 に 要 し た 費 用	円		
付 添 人 の 氏 名 及 び 住 所	氏 名		住 所		
第 三 者 の 行 為 に よ る と き は そ の 事 実					
第 三 者 の 氏 名 及 び 住 所	氏 名		住 所		
上記のとおり申請します。					
平成 年 月 日					
被 保 険 者 氏 名					

保 険 医 生 の 意 見 欄	移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由				
	付 添 を 必 要 と 認 め た 理 由				
	入 院 し た 期 間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	
	移 送 の 経 路 及 び 方 法				
	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日				
	医 療 機 関 名				
	医 療 機 関 住 所	(電話 - -)			
	保 険 医 氏 名	印			

委 任 状	左 記 金 額 の 受 領 を	に 委 任 し ま す
	平成 年 月 日	
	被 保 険 者 氏 名	印

注 意 事 項

- (1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付して下さい。
- (2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。

所 属 事 業 所	