

# 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	記号 番号	② 事 業 所 の	名 称				
				所 属 部 課 名				
	③ 傷 病 名			④ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令 和 年 月 日	(負傷の場合は 時 頃)		
	⑤ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因							
	⑥ 傷 病 の 経 過							
	⑦ 診 療 を 受 け た 病 院 の	名 称				所 在 地		
	⑧ 診 療 に 従 事 し た 医 師 の	氏 名				住 所		
	⑨ 移 送 を 受 け た 区 間 年 月 日 及 び 費 用 の 額	(ア) 区 間						
		(イ) 回 数	(ウ) 距 離	(エ) 移 送 の 年 月 日	(オ) 利 用 交 通 機 関	(カ) 移 送 に 要 し た 費 用 (領収書等を添付)		
		令 和 年 月 日				円		
	⑩ 第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た も の で あ る か 否 か	ある ・ ない	⑪ 第 三 者 の 行 為 に よ っ て 負 傷 し た と き は		その 事 実 の 届 出 の 有 無	ある・ない		
			第 三 者 の 氏 名 と 住 所 (不明のときはその旨)					
⑫ 申 請 が 被 扶 養 者 に 関 す る と き は、その 者 の	氏 名	生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄			

上記のとおり申請いたします  
令和 年 月 日

被保険者の 住 所  
氏 名 ⑩

振込先 (フリガナ) 普通 No. フリガナ  
銀行 支店 名義人名

委任状

私は 年 月 日 請求した 被保険者 移送費のうち  
金 円也の受領に関する事。  
年 月 日

被保険者の 住 所  
氏 名 ⑩

代理人の 住 所  
氏 名 ⑩

振込先 (フリガナ) 普通 No. フリガナ  
銀行 支店 名義人名

注) 本請求に基づく給付金については、請求者本人が指定する本人の銀行口座に振込みます。但し、給付金の受領を第三者に委任する場合は、委任状欄に記入、捺印して提出してください。

# 移送承認申請書

被保険者証の記号 及び番号	記号		事業所 の名称		
	番号				
発病又は負傷 の年月日	令和 年 月 日	傷病の 原因			
医師 又は 歯科 医師 の 意見	傷病名	移 送 年 月 日	令和 年 月 日		
	移送を必要と した理由				
	移送の方法 区間及び回数			円	
	令和 年 月 日				
やむを得ない理由で 事後において届出 ときは、その理由					
申請が被扶養者に 関するときは、 その者の氏名		被扶養者の 生年月日		被扶養者 との続柄	
上記のとおり申請いたします					
令和 年 月 日					
被保険者の住所 氏名及び印					
昭和シェル健康保険組合理事長殿					