

支給決定伺			支給決定	令和	年	月	日
支給額	法定給付	款項目	円	常務理事	事務長		担当
	不承認						

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

社員番号	×××××	被保険者氏名	健保 一郎			
傷病名	急性骨髄性白血病		移送年月日	令和3年4月10日		
移送対象者の氏名生年月日	健保 陽子		昭和60年2月11日	続柄	妻	
発病又は負傷の年月日	不明 年 月 日		移送の経路及び方法	自 秩父		
移送に要した費用	35,000 円 (領収書参照)			至 多摩		
				方法 民間移送業者		
付添人の氏名及び住所			続柄			
第三者行為に因る場合はその事実	なし					
第三者の氏名及び住所						
給付金の受領について (どちらかご記入下さい)						
<input checked="" type="checkbox"/> 1. 在職中の方			事業主に委任します。 被保険者氏名 健保 一郎			
<input type="checkbox"/> 2. 資格喪失後の方・在職中の方 で給与口座以外を希望の方 (振込口座記入)			銀行	口座番号	(普通)	
			支店	口座名義	(カカ)	

医師又は歯科医師の意見	移送を必要と認めた理由	<h1>医師に証明を頂きます。</h1>	日間
	付添を必要と認めた理由		
	入院した病院又は診療所の名称		
	入院した期間		
	移送の経路及び方法		
上記の通り相違ありません 医師 住所 氏名			

年 月 日 上記のとおり請求します。
受付日付印

住所 〒143-0016
被保険者 東京都大田区大森北 1-11-12
電話 ()
氏名 健保 一郎

◎請求上の注意
一、この様式は、被保険者又は被扶養者が、移送の承認を受けて、その移送に要した費用を申請するものです。
二、この申請書は、被保険者又は被扶養者が、「被扶養者」を申請で表示し、被扶養者として承認を受けることにより、その移送に要した費用の領収書と移送の承認書を添付して下さい。
三、この申請をするときは、「被扶養者」を申請で表示し、被扶養者として承認を受けることにより、その移送に要した費用の領収書と移送の承認書を添付して下さい。