

※ 支給・支払 決議書					同年月日	令和	年	月	日
支払額	円	常務理事	事務局長	総務部	部長	課長	係長	扱者	資格取得年月日
移送日	令和 年 月 日				部長	課長	係長	扱者	資格喪失年月日
備考		業務部						被扶養者 確認印	

被保険者  
家族

## 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	9000	番号	1	② 被保険者 氏名	木材 太郎	印		
	③ 被保険者の住所	〒135-0000 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇							
	④ 事業所の 名称	〇〇〇〇 株式会社							
	所在地	〒135-0000 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇							
	⑤ 傷病名	脳出血				発病又は 負傷日	令和 1年 6月 1日		
	⑥ 発病又は 負傷の原因	不詳							
	⑦ 診療薬剤の支給 または手当を受け た病院・診療 ( 医 院 ) の 所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇							
	名称	〇〇病院		医師の 氏名	健保 二郎				
	⑧ 移送を受けた 区間・年月日 および費用の額	区間	〇〇病院 から		経由	△△病院 まで			
回数	1 回	里程	5 KM	移送の年月日	令和 1年 6月 2日	利用交通機関	救急車	移送に要した費用	10,000円
⑨ 被扶養者が移送を 受けたときは その者	氏名	該当せず		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄		

令和 〇年 〇月 〇日提出

振 込 先 金 融 機 関	〇〇 銀行 〇〇 本店 信用金庫 支店		
	預金種別	口座番号	口座名義人(カタで記入)
	普通・座	1234567	モクザイタロウ

受付日付印