

※ 支給・支払 決議書					同年月日	平成	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
									年 月 日
移送日	平成 年 月 日			業務部	部長	課長	係長	扱者	資格喪失年月日
									年 月 日
備考									被扶養者 確認印

被保険者
 家族

制度の内容はこちらからご確認ください。
 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	〒 135-0042 東京都江東区木場 ○-○-○							
	④ 事業所の所在地	名称	株式会社 木材商店						
		〒 135-0016 東京都江東区東陽 ○-○-○							
	⑤ 傷病名	脳出血				発病又は負傷日	平成 20 年 12 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・診療所(医院)の所在地	江東区木場 ○-○							
		名称	○○病院	医師の氏名	健保 二郎				
	⑧ 移送を受けた区間・年月日	区間	○○病院		△△病院				
回数		1 回	里程	5 KM	移送の年月日	平成 20 年 12 月 2 日	利用交通機関	救急車	移送に要した費用
⑨ 被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名	該当せず				生年	昭和 年 月 日	続柄		

平成 年 月 日提出

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

受付日付印