

※ 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 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	番号	② 被保険者氏名	印	
	③ 被保険者の住所	〒				
	④ 事業所の	名称				
		所在地	〒			
	⑤ 傷病名				発病又は負傷日	平成 年 月 日
	⑥ 発病又は負傷の原因					
	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				
		名称			医師の氏名	
	⑧ 移送を受けた 区間・年月日 および費用の額	区間	から 経由 まで			
回数		里程	移送の年月日	利用交通機関	移送に要した費用	
	回	KM	平成 年 月 日		円	
⑨ 被扶養者が移送を受けたときはその者の	氏名			生年 昭和 年 月 日 月日 平成	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(カカケで記入)
	普通・当座	

受付日付印