

移 送 費 支 給 申 請 書

家 族 移 送 費

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号	フリガナ						
	備 考	※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)								
	事 業 所 の 名 称									
	移送を受けた者の氏名 及び生年月日					被保険者との続柄				
	傷 病 名				発症又は 負傷年月日	令和 年 月 日				
	発病又は 負傷の原因				疾病が第三者の行為に 因るときはその事実					
	移送年月日	令和 年 月 日			移送に要した 費用	円				
	移送の経路 及び方法									
	付き添い人の 氏名及び住所	氏名				住 所	〒 -			
	医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	移送を必要と 認めた理由				移送の経路 及び方法				
付添を必要と 認めた理由										
移送年月日		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 日間								
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。 上記のとおり相違ありません 令和 年 月 日 医師又は歯科医師の 住所 氏名										
保土谷化学健康保険組合 理事長殿 上記により法定給付金 金 円を請求いたします。 令和 年 月 日 請求者の 住 所 氏 名 被保険者との続柄										
委 任 状	上記請求に対する金員の受領を に委任いたします。 令和 年 月 日 被保険者の氏名									
領 収 書	上記の請求に対する給付金として 円也を領収いたしました。 令和 年 月 日 受領者の 住所 氏名									
受 付 印	処 理 欄	支 給 額	法 定 給 付	円	理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係		