支 給 額				円
移送承認年月日	令和	年	月	日
資格取得日	昭平令	年	月	日
資格喪失日	令和	年	月	日
処 理 区 分	1 支給	2	不支給	

				No.2-1
決				
議				
受付年月日	令和	年	月	日
何 年 月 日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日
支払年月日	令和	年	月	H

## 被保険者 被扶養者 移 送 費 支 給 申 請 書

被保険者等	記	号					事 業 所	名	称							
記号・番号	番	号					名称所在地	所在	E地							
移送を受け	被保	険者						生年	月日	昭和	和 平成	年	月	l E	l	
た者の氏名	被扶	養者						生年	月日		和 平成 令和	年	月	l E	被保険者 との続柄	
傷病	•	名														
発病又は負	傷の	原因									発病又は負 の 年 月	傷日令和	П	年	月	日
移 送	方	法									移送年月	日令和	ĪΠ	年	月	日
移送	経	路														
付添人の氏名	3及び	住所	氏 4	3				住	所							
移送に要した	查費用	の額	Ś	主				円								
第三者				は	٧١	第三者の	行為による	住	所							
よるもの	です	ト か		V	いえ	負傷であるときは 加害者の住所氏名			名							
移送を必要と	とする	理由														
上記の	とお	り申請 令和		す。 年		日	住所									
						被保険者	氏名									
							電話			(		)				
F	本な	ナミニ	コン仮	基层	<b>東保険</b> 組	合 理	事長 殿									

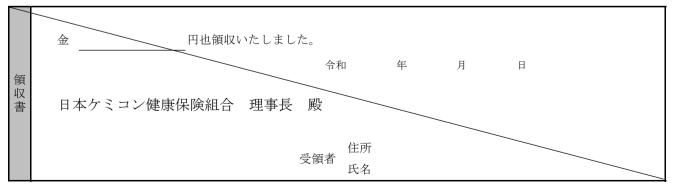
	本請求に基づ	します。	令和	年	月		日		
委	被保険者	住所							
任	(甲請者)	氏名							
状	代理人	住所			委任	者と代理	里人の関係		
	八连八	氏名			(			)	
	振込希望の 金 融 機 関		銀行・金庫・農協	支瓜	· 普通 · 当座				号

受付日付印

<sup>\*</sup>上記枠内は記入しないで下さい。

## 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

傷 病 名						
移送を必要とする理由 症状、その他具 体的に記入して 下さい。						
移送を必要と認めた理由						
付添いを必要と認めた理由						
移 送 経 路						
移 送 方 法						
移 送 年 月 日	令和 年	月	B			
上記のとお	おり移送の必要を認めます。	令和	年	月	日	
	住所					
	医師 氏名					
	電話	(	)			



(注)

- ①この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。
- ②上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。