

支払 支給					金額	円		
決議書	事務長	総務課長	課長補佐	係員	期間	年	月	日
常務理事						年	月	日
					備考			
平成 年 月 日 決裁					平成 年 月 日 執行			

健康保険
 いずれか ○ で囲む → **被保険者** 移送費支給申請書
 家族

◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号・番号	生年月日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
1112347	5 昭和 年 月 日 7 平成 260810			0:無 1:有	年 月 日
被保険者の (申請者) 氏名と印	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎	事業所の 所在地	東京地下鉄株式会社 東京都台東区東上野3丁目19番6号		
被保険者の (申請者)住所	郵便番号 4100000 (フリガナ) マツシ〇〇チョウ 住所コード ※ 沼津市〇〇町1-1-1 (64) 0000	(電話番号)			
被扶養が移送を受けたときはその方の氏名	昭和 年 月 日 平成	被保険者との続柄			
傷病コード ※	傷病名	発病または負傷年月日 (療養開始日)		201005	
カナ	左大腿骨骨折				
発病または負傷の原因を詳しく	10月5日、ハイキングの途中、足をすべらせ転倒し、大腿部を負傷した。		第三者行為によるものですか ○ いいえ 1: はい		
診療等の支給または手当を受けた病院の名称	鈴木医院	診療を担当した医師等の氏名	鈴木 孝之		
所在地	裾野市〇〇町3-10				
移送を受けた区間、移送期間および費用の請求	(フリガナ) スノシ〇〇チョウ 裾野市〇〇町	(フリガナ) マツシ〇〇チョウ 沼津市〇〇町	移送後	○:入院 1:入院外	
移送先	沼津第一 病院				
移送期間 (支給期間)	移送回数	移送に要した費用の額	距離	利用交通機関	
自 201007 至 201007	1 回	15,000 円	40 km	タクシー	

※	支給回数	承認番号	支給算出額	調整減額コード	調査先コード	海外表示	特別支給コード	(備考)
						0:国内 1:海外		

支払金融機関の欄	支払区分	1:振込 2:銀行送金 3:郵便局送金 4:当地払	預金種別	1:普通 2:当座 3:通知 4:別段	銀行 金庫 農協	本店 支店
	金融機関コード				口座名義	
	口座番号					

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 平成 年 月 日	
	被保険者 住所 (申請者) 氏名	Ⓜ
	代理人の氏名と印	(フリガナ) 委任者と代理人との関係
	代理人の住所	Ⓜ
	郵便番号	(フリガナ)
	住所コード	

平成 年 月 日 提出
 受付日付印