

支給決定	常務理事	担 当	担 当	担 当	支 給 金 額		円
					移 送 日	年 月 日	
					支 給 日	年 月 日	
決定日	年 月 日				受 付 日	年 月 日	

被 保 険 者 移 送 費 支 給 申 請 書
家 族

被保険者または請求者氏名	
--------------	--

下記のとおり申請いたします。
年 月 日

被保険者等	記号		番号				
会 社 名				所 属 名			
傷 病 名				発病または 負傷年月日	年 月 日		
発病または 負傷の原因							
移送者氏名				生 年 月 日	昭 平 令	被保険者 との続柄	
移 送 区 間	自 至			移送に要した 費 用	(別紙証拠書のとおり) 円		
収容された 病 院 等	名 称			移送年月日	年 月 日		
	所在地						
第3者の行為により負傷した場合	その届出の有無	有・無	第3者の住所			第3者の氏名	
振込希望の銀行・支店			普通・当座 No			ふりがな 名義	

※移送費の支給申請をする場合は、移送に要した費用の「領収書」(明細として内訳がわかるもの)を添付してください。

医師の証明

傷 病 名		移送の方法	
移送を必要とする理由	(症状、その他具体的に記入してください)		
上記のとおり証明します 年 月 日 医療機関住所・名称・医師の氏名 住所 氏名			