

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
 家 族

移送費支給申請書

被保険者または請求者氏名	健保 太郎
--------------	--------------

下記のとおり申請いたします。

2011年 4月 1日

被保険者等	記号	9	番号	9999						
会社名	㈱ゴールドウイン			所属名	〇〇事業部					
傷病名	急性胃潰瘍			発病または負傷年月日	2011年 3月 15日					
発病または負傷の原因	不詳									
移送者氏名	健保 太郎			生年月日	昭平令	4	1	1	被保険者との続柄	本人
移送区間	自 富山県〇〇市△△町			移送に要した費用	(別紙証拠書のとおり) 12,000円					
	至 富山県△△市〇〇町									
収容された病院等	名称	△△病院			移送年月日	2011年 3月 18日				
	所在地	富山県△△市〇〇町								
第三者の行為により負傷した場合	その届出の有無	有・無	無	第三者の住所	第三者の氏名					
振込希望の銀行・支店	健康銀行保険支店		普通・当座No	1111111		ふりがな名義	ケンポタロウ			

※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	急性胃潰瘍	移送の方法	タクシー
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) 緊急に手術をする必要があるが、当院では設備がないため		
上記のとおり証明します 2011年 3月 16日 医療機関住所・名称・医師の氏名 住所 富山県〇〇市△△町 氏名 すこやかよし子			