

支給支払決議書				
	常務理事			担当者
資格取得		年 月 日		
資格喪失		年 月 日		
支払年月日		年 月 日		

支給額	円		
支給期間	年 月 日から	日間	
	年 月 日まで		

被保険者 移送費支給申請書 被扶養者

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、右上角に記載してください。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号	記号 番号	事業所	名称 所在地			
	移送を受けた者の氏名	氏名		生年月日	昭平令 年 月 日	被保険者との続柄	
	傷病名						
	発病又は負傷の原因					第三者行為によるものですか	いいえ はい
	発病又は負傷の年月日	平成 令和	年 月 日	移送に要した費用の額	円 (別添付証明書のとおり)		
	移送の経路	(KM)					
	移送の方法					移送年月日	令和 年 月 日
	付添人の氏名及び住所	氏名		住所			
	第三者行為に因るときはその事実						
	第三者の氏名及び住所	氏名		住所			
委任状	振込先	銀行 支店 普通・当座 NO.					
	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。						
	被保険者 (申請者)	住所 氏名					令和 年 月 日
代理人 (事業主)	住所 氏名						Ⓜ
医師または歯科医師の意見書	傷病名						
	移送を必要とする理由						
	移送の経路方法						
	診療又は手当てを受けた医療機関の名称・所在地及び医師の氏名	名称 氏名	所在地及び電話番号	電話 ()			