

被 保 険 者  
被 扶 養 者

# 移送費支給申請書

申請年月日	令和 年 月 日		事業所(会社) の名称		
被保険者証の 記号・番号	記号	番号	被保険者氏名	(フリガナ)	
連絡先住所・ 電話番号	(〒 - )			(TEL : )	
対象者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被保険者 との続柄
傷病名			発病または 負傷の年月日	令和 年 月 日	
発病または 負傷の原因			傷病が第三者の 行為に因るもの であるか否か	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 <small>※有の場合、「第三者の行為による傷病届」を併せてご提出ください。</small>	
移送経路、 移送方法、 移送期間 および費用の 請求	移送経路	(フリガナ)		(フリガナ)	
		から		まで	
	距離	Km		利用交通機関	
	移送後	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入院外		移送先	
	移送期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		まで	日間
移送回数	回		移送に要した 費用の額	円	
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。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。)				
付添人の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 付添人氏名 付添人住所 <input type="checkbox"/> 無				
受取方法	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 (利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の振込先指定口座欄にご記入ください。) <b>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します</b>				
振込先 指定口座	金融機関名称	銀行		支店(出張所)	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座		口座番号	
	口座名義				

K008 退

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください  
二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印
-------