

支給決定額 _____ 円 (健保組合使用欄)

移 送 費 請 求 書
 家 族 移 送 費

記 号 一 番 号	事 業 所 名			被 保 険 者 名		
— ※1						
申請者が被扶養者の ときはその者の氏名		被扶養者の 生年月日		続柄		
傷 病 名		発 病 又 は 負傷の年月日	令和	年	月	日
発 病 又 は 負 傷 の 原 因 及 び 経 過						
移 送 の 日 時	(自)	令	年	月	日	
	(至)	令	年	月	日	
移 送 方 法	<input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 貸切寝台車 <input type="checkbox"/> その他 ()					
やむを得ない事情により 移送を受けることにな った理由(詳しく)						
移送に要した額	円					
移 送 の 区 間 及 び 回 数	区 間	～				
	回 数	回				
(振込先金融機関名)	支 店 名	普通・当座	(口 座 番 号)		(口 座 名 義)	
ふりがな 銀行 金庫 農協	ふりがな 支店					ふりがな
上記により請求いたします。 円 被保険者 住所 電話 () 氏名						
(委任の場合) _____ を代理人として上記金額の受取方を委任します。						

※1 記号と番号が不明な場合は国のマイナポータルより確認してください。

※2 この申請をする場合は、承認申請書及び領収書を必ず添付すること。