

被保険者
被扶養者

移送費支給申請書

保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記号	事 業 所 の 名 称											
	番号												
傷 病 名					移 送 年 月 日		年 月 日						
発 病 ま た は 負 傷 の 原 因					移 送 年 月 日		年 月 日						
移 送 の 方 法 及 び 区 間	方 法					移 送 に 要 し た 費 用		円					
	区 間					経 由		回 数		回			
被 扶 養 者 が 移 送 を 受 け た と き は そ の 者 の	氏 名					生 年 月 日	昭 平 令	年 月 日生		続 柄			
振 込 希 望 の 銀 行	銀 行		普通		口座番号								
	信用金庫 支店				口座名義 (カナ)								
上記のとおり申請します。													
朝信健康保険組合理事長 殿													
住 所													
被保険者の													
氏 名 ㊞													

委 任 状	私は、事業主を代理人と定め、上記請求に基づく受領に関することを委任する。												
	年 月 日												
	被 保 険 者 住 所												
	氏 名 ㊞												
	代 理 人 住 所												
	氏 名 ㊞												

- (注1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付してください。
- (注2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- (注3) 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。