移送承認日	令和　　年　　月　　日	常務理事	事務長	係
支給決定額	円			

被保険者
家　　族

移送費請求書

被保険者等 記号−番号	−	氏　名	㊞		
住　所	〒　　− TEL(　　)　　−				
所　属	TEL(　　)　　−　　内線(　　)				
移送を受けた方の氏名		続柄		生年月日	昭 平 令　　年　　月　　日
傷　病　名		発病又は負傷 年　月　日	平 令　　年　　月　　日		
発病又は負傷の 原因(具体的に)	第三者の行為によるものですか。(はい　・　いいえ)				
疾病又は負傷の経過					
診療を受けた医療機関	名称		医師 氏名		
	所在地				
移送年月日	令　　年　　月　　日	移送費	円		
移送の方法及び区間					

被保険者等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、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)
備　　考

1.移送を要する場合は、必ず事前に「移送承認申請書」を提出し承認書を受理した後、
　実際に移送を済ませてから、この請求書を提出してください。
2.この請求書には、移送に要した費用の領収書(原本)・明細書を添付してください。