

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

被保険者証 記号-番号	-	氏名				⑨
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、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。