

被保険者 家族 移送費請求書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	(ア) 記号	(イ) 番号	② 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 ( 歳)	
	③ 被保険者の 氏 名	(フリガナ)		④ 被保険者の 住 所	〒 電話 ( )		
	⑤ 事業所の名称 (会社名)			⑥ 所属部署			
	⑦ 申請が被扶養 者に関する ときはその者の	(ア) 氏名	被保険者との続柄 ( )		(イ) 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 ( 歳)
	⑧ 傷 病 名			⑨ 発 病 又 は 負傷の年月日	年 月 日		
	⑩ 移送日	年 月 日		⑪ 移送費用	円		
⑫ 移送の方法 (区間・回数)							

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 利用しない場合は下記の欄を記入。)  
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

⑬ 振 込 先	銀行	受 取 人	預 金 種 目	1. 普通	フリガナ	口 座 名 義
	店		口 座 番 号	2. 当座		

被保険者名義以外の口座に振込を希望される場合にご記入下さい。

⑭ 委 任 状	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日
	住所 〒 被保険者の 氏 名		
	代理人の 氏 名	(フリガナ)	委任者と 代理人と の関係
代理人の 住 所	〒 電話 ( )		

受付日付印

(注意事項)  
移送承認書(写し)と領収書(原本)を添付して下さい。

※本書に記入していただいた個人情報については適切に取り扱い、目的外には利用しません。