

被 保 険 者 移 送 費 支 給 申 請 書
家 族

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号			② 事 業 所 の 名 称			
	③ 被 保 険 者 (申 請 者)	(ア) 氏 名			(イ) 生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日
	④ 被 保 険 者 住 所	〒		⑤ 電 話 番 号	()		
	⑥ 移 送 を 受 け た 者	(ア) 氏 名	(イ) 生 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日	(ウ) 被 保 険 者 と の 続 柄	
	⑦ 傷 病 名			⑧ 発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	令 和 年 月 日		
	⑨ 発 病 又 は 負 傷 の 原 因						
	⑩ 移 送 方 法 、 移 送 先 及 び 移 送 年 月 日				令 和 年 月 日		
	⑪ 移 送 の 経 路	から		まで	⑫ 移 送 に 要 し た 費 用	円	
	⑬ 付 添 人 の 氏 名 及 び 住 所			〒			
	⑭ 第 三 者 行 為 に よ る と き は そ の 事 実						
	⑮ 第 三 者 の 氏 名 及 び 住 所			〒			

⑮ 医 師 又 は 歯 科 医 師 の 意 見	移 送 を 必 要 と 認 め た 理 由					
	付 添 を 必 要 と 認 め た 理 由					
	移 送 経 路 及 び 年 月 日					令 和 年 月 日
	移 送 方 法					
	入 院 し た 病 院 又 は 診 療 所 の 名 称					
	上 記 の と お り 相 違 あ り ま せ ン 。					令 和 年 月 日
	〒	住 所				
		医 師 又 は 歯 科 医 師 の				氏 名
						⑰

下欄は、会社を退職して資格を喪失した方のみご記入ください。

⑳ 金 融 機 関	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	口座番号	
	預金種別	普通・当座		フリガナ	
				口座名義	

個人番号 ※個人番号が記載された申請書を事業主経由で提出する場合、「委任状などの代理権が確認できる書類」「代理人の身元確認書類」等の添付が必要になります。

記号・番号を記載した場合は個人番号の記載は不要です。

● 注 意 事 項

- ⑰ 欄は事業所の受領代理人の署名を必ずしてください。
- ⑳ 欄は退職後の申請である場合に、振込先（銀行名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義）を記入してください。
- この申請には、移送に要した費用の領収書を必ず添付してください。
- 医師又は歯科医師の意見書等が外国語で記入されている場合は、翻訳文（翻訳者の住所・氏名を明記）を添付してください。

委 任 状	移送費(家族移送費)の受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日 提出
		令和 年 月 日	受付日付印
	被 保 険 者 (申 請 者)	氏 名	⑰
	受 領 代 理 人	氏 名	⑰