提出日　令和　　年　　月　　日

課　長	担　当

大王製紙健康保険組合
理　事　長　殿

移送費
家族移送費　請　求　書

被保険者証の記号	被保険者証の番号	事業所名	被保険者名

申請者が被扶養者のときはその者の氏名		被扶養者の生年月日		続柄	

傷病名		発病又は負傷の年月日	平成 令和　年　月　日
発病又は負傷の原因			
傷病の経過			
移送の日時	自　平・令　年　月　日　午前・午後　時　分 至　平・令　年　月　日　午前・午後　時　分		1.入院 2.通院
移送の方法	□　タクシー　□　貸切寝台車　□　その他（　　）		
やむを得ない事情により移送を受けることになった理由（詳しく）			
移送に要した額	円	支給決定額	円
移送の区間及び回数	区　間	～	
	回　数	回	

（振込先金融機関名）	支店名	普通・当座	（口座番号）	（口座名義）
ふりがな 銀行 金庫 農協	ふりがな 支店			ふりがな

上記により請求いたします。

被保険者　住所　〒

電話（　　）　－

氏名　　印

（委任の場合）　　を代理人として上記金額の受取方を委任します。

申請が被扶養者に関するときは事業主の証明を右欄に証明の事	事業主の住所、氏名及び印

※1　該当欄は全部記入すること。

※2　この申請をする場合は、承認申請書及び領収書を必ず添付すること。

大王製紙健康保険組合