

受付印	支給決定期間				
	日	常務理事	事務長	係	係
	支給決定額				
	円				

被保険者
 被扶養者
 (いずれかに○)

移送費支給申請書

被保険者情報	記号-番号	12 - 345678		氏名	西部 太郎		
	事業所名	西部ガス(株)		所属	人事労政部		
	住所(電話)	福岡市中央区天神7-7-7		TEL	092-123-4567		
申請内容	移送を受けた方	西部 華子	続柄	妻	生年月日	H2 年 2 月 2 日	
	傷病名	急性白血病			発病又は負傷年月日	R2 年 6 月 6 日	
	発病の原因および経過	抗がん剤を併用し治療中。					
	傷病は第三者の行為によるもので				ある	・	○ ない
	診療を受けた医療機関	名称	〇〇病院		担当医	健康 次郎	
		住所	福岡市南区長住7-7-7		TEL	092-111-2222	
	移送年月日	R2 年 7 月 6 日		移送に要した費用	##### 円		
移送区間	〇〇病院 → △△病院		回数	1 回			
利用交通機関	タクシー		距離	10 km			
受取金融機関	※資格喪失後又は任意継続の方は、振込先をご記入ください。 銀行 (預金種目) 口座番号 信金 1. 普通 (フリガナ) 農協 支店 2. 当座 口座名義 信組						
委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を右記代理人に委任します。			【代理人】 (口座名義人)			
	【本人】 R2 年 6 月 8 日 「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」 氏名 西部 太郎	住所 事業主 記入欄 氏名					