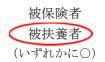
| 受 付 印 | 支給決定期間 |      |     |   |   |
|-------|--------|------|-----|---|---|
|       | 日      | 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|       | 支給決定額  |      |     |   |   |
|       | 円      |      |     |   |   |



## 移送費支給申請書

| 被保険者    | 記号-番号  | 12                          | <b>- 345678</b>   |               | 氏名   | 西部 太郎            |            |        |            |   |    |
|---------|--|-----------------------------|-------------------|---------------|--|------------------|------------|--------|------------|---|----|
|         | 事業所名   | あ部ガス(株)                     |                   |               | 所属   | 人事务政部            |            |        |            |   |    |
| 情報 申請內容 | 住所(電話)   | 福周市中央区天神7-7                 |                   |               | 7-7  | TEL 092-123-4567 |            |        |            |   |    |
|         | 移送を受けた方  |                             | 西部 華子             | 続柄            | 妻  | 生年月日             | H2         | 年      | <b>2</b> 月 | 2 | 日  |
|         | 傷病名  | 急性白血病                       |                   |               |  | 発病又は<br>負傷年月日    | R2         | 年      | 6 月        | 6 | 日  |
|         | 発病の原因<br>および経過                                 | 抗がん剤を保用し治療中。                |                   |               |  |                  |            |        |            |   |    |
|         | 傷病は第三者の行為によるもので                                |                             |                   |               | ある   | •                | <i>(</i> † | CV S   |            |   |    |
|         | 診療を受けた<br>医療機関                                 | 名称                          | 00                | 病院            |  | 担当医              |            | 健康     | 次          | 郎 |    |
|         |  | 住所                          | 福周市南区             | 長住7-          | 7-7  | Т                | EL 09      | 2-111- | -2222      |   |    |
|         | 移送年月日  | R2 年 7 月 6                  |                   |               | 日 移送に要   | 要した費用            | ##         | ###    |            |   | 円  |
|         | 移送区間   | 00病院 →                      |                   | $\rightarrow$ | riangle $	riangle$ |                  |            | ]数     | 1          | 1 | 口  |
|         | 利用交通機関   |                             | 空輸                |               | <b></b>  | 三離               | '          | '      | 40         | ) | km |
| 受取金融機関  | ※資格喪失後又は·                                      | 任意继续银行。信金、農協、信金、農協、信金、農協、信組 | 表の方は、振込光をご記2<br>■ | (預金           | 全種目)<br>普 <b>通入欄</b><br>当座   | 口座番号 (フリガナ) 口座名義 |            |        |            |   |    |
| 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)   | ()               |            |        |            |   |    |
|         | 【本人】 R2年6月8日<br>「住所は被保険者記入欄の住所と同じ」<br>氏名 あ部 大郎 |                             |                   | 住所任名          | 事業   | 美主 乱             | <b>!入欄</b> |        |            |   |    |