受　付　印	支給決定期間
	日
	支給決定額
	円

常務理事	事務長	係	係

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㈱		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	○○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	○○病院 → △△病院			回数	1 回
	利用交通機関	空輸		距離	40 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 信金 農協 信組 支店 （預金種目） 1. 普通 2. 当座 事業主　記入欄 口座番号 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 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。 【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			【代理人】（口座名義人） 住所　事業主　記入欄 氏名		