

支給決定伺		支給決定 令和 年 月 日			
支給日	年 月 日	常務理事	事務長		担当者
支給決定額	円				
款項目	- -				

被保険者
 被扶養者

移送費支給申請書

被保険者証記号	6010	被保険者証番号	1234567	枝番	01	
移送対象者	氏名	兼松 一郎	生年月日	S 30年 7月 5日	続柄	父
傷病名	くも膜下出血		発病又は負傷の年月日	R 1年 5月 12日		
移送年月日	R 1年 10月 13日	移送に要した費用額	20,000 円			
移送の区間及び方法	自	××病院/港区虎ノ門				
	至	〇〇病院/板橋区高島平				
	方法	介護・救急タクシー				
☆退職者又は任意継続被保険者のみ（現役社員は記入不要）						
振込先選択	<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望する		<input type="checkbox"/> その他の振込先を希望する			
※公金受取口座への振込には事前にマイナンバーを利用した登録が必要となります。 ※その他の振込先を選択された方は下記ご記入ください。（但し被保険者の銀行口座に限る。）						
振込先	銀行名	支店名	口座種別	口座番号		
			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			

令和 1 年 10 月 30 日上記により申請します。

受付印

被保険者氏名 兼松 太郎

*記号番号の代わりに個人番号を記入する事も可能です。
個人番号を使用されたい場合は、被保険者番号欄に12ケタの個人番号をご記入下さい。

一、この様式は、被保険者又は被扶養者が移送の承認を受けて、その移送に要した費用を申請するものです。
二、申請する際は、移送に要した費用の領収書と移送の承認書を添付下さい。