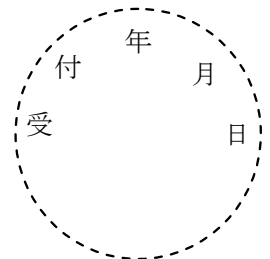


移送費支給申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の 記号・番号	—	社 員 番 号				
	傷 病 名			発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日		
	発病または 負傷の原因						
	診療等の支給または 手当を受けた 病院あるいは診療所	名 称			療養を担当した 医師等の氏名		
		所 在 地					
	移送を受けた区間、 移送期間および 費用の額	区 間	から	まで	移送後	入院外 ・ 入院	
					移送先	病院	
	費用の額	移送期間（支給期間）		移送回数	移送に要した費用	距離	利用交通機関
		自 年 月 日					
		至 年 月 日		回	円	Km	
備 考							
第三者の行為による傷病の場合は必ず第三者行為届書を添付して下さい							
被扶養者が移送を 受けたときには その者の氏名			被扶養者の 生年月日	年 月 日生	被保険者 との続柄		
上記のとおり請求します。 併せて給付金の受領を事業主に委任します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 令和 年 月 日 住所 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 10px;"> 被保険者 氏名 </div> ワコール健康保険組合理事長 殿							

※ウンナナクール、ランジェノエル所属の方、任意継続被保険者および退職者（申請後退職する者を含む）の場合のみ、**申請者名義の振込口座**をご記入下さい。

銀 行 _____ 普通 _____
 信用金庫 _____ 支 店 貯蓄 _____
 信託銀行, _____ 出張所, 当座 預金, 口座番号 _____
フリガナ
口座名義



【 記入上の注意 】

1. この申請書は被保険者および被扶養者について移送の承認があったばあいはその費用の支給を受けるために申請するものです。
2. この申請書には、移送に要した費用の領収書を必ず添付してください。
3. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作ってこの書類に添付してください。
4. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名が明記された翻訳文を添付してください。

健康保険組合使用欄			
取 得 日	昭・平・令 年 月 日	喪 失 日	令和 年 月 日