

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。

※被保険者記入用

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号	生年月日		
			—			
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒 —)		都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	()				

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 代理店 本店営業部 本所 支所	
	預金種別	1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号	
	口座名義	▼カタカナでご記入下さい。 姓と名の間は1マス空けて、濁点 (") 半濁点 (`) は1字としてご記入下さい。		
			口座名義 の区分	1.被保険者 2.代理人

▼口座名義の区分が「2. 代理人」の場合は、必ず受取代理人欄に記入下さい。

受 取 代 理 人 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			令和 年 月 日
		氏名	住所 「被保険者情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 —)	TEL ()	被保険者との 関係
		氏名	(フリガナ)		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄				

受付日付印

常務理事	事務長			

被保険者氏名

※被保険者記入用

申請内容	移送を受けた方		☐ 1. 被保険者 ☐ 2. 家族（被扶養者）	
	家族の場合は その方の氏名		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
	傷病名		発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
	該当の傷病は病気（疾病）ですか、ケガ（負傷）ですか。		☐ 1. 病気 ☐ 2. ケガ	
	「病気」と答えた場合、 発病時の状況をご記入ください。			
	「ケガ」と答えた場合、 ケガの原因をご記入ください。		第三者行為によるものですか。（交通事故を含む） ☐ 1. いいえ ☐ 2. はい	勤務中もしくは通勤中のケガですか（労災） ☐ 1. いいえ ☐ 2. はい
	診療等の支給又は手当を受けた 病院あるいは診療所の		名称	所在地 診療した医師等の氏名
	移送経路		(フリガナ) (フリガナ) から まで	
	移送後		☐ 0. 入院 ☐ 1. 入院外	移送先
	移送期間 (支給期間)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
移送回数		回	移送に要した 費用の額 円	
距離		k m	利用交通機関	
移送を必要とする理由 (症状、その他具体的に記入してください。 また、付添人が必要な場合は人数とその必要な理由を併記してください。)				
付添人の有無		☐ 1. あり ☐ 2. なし		
「あり」と答えた場合、付添人の氏名と住所をご記入ください		氏名 住所		

被保険者氏名

※医師、歯科医師記入用

医 師 ・ 歯 科 医 師 記 入 欄	移送を必要と認めた理由										
	付添を必要と認めた理由										
	入院した病院または 診療所の名称										
	入院した期間	令和	年	月	日から	日間					
		令和	年	月	日まで						
	移送の経路および方法										
上記の通り相違ないことを証明します。											
令和 年 月 日											
医療施設の所在地											
医療施設の名称											
医師または歯科医師の氏名											
電話番号 ()											