

支給年月日	令和 年 月 日
支 給 額	¥ 円

決 定	令和	年	月	日
常務理事	事務長	担当者		

被保險者 移 送 費 請 求 書

令和 元 年 6 月 20 日

住 所 千代田区〇〇1-2-3

氏 名 健 保 太 郎

被保険者証の 記号と番号	記号 1000	番号 000000	事業所の 名称	〇〇支社		
資格取得	昭和 平成 令和 11 年 12 月 1 日		資格喪失	令和 年 月 日		
申請が被扶養者 のとき	氏名	健 保 花 子	生 年 月 日	昭和 平成 令和 10 年 10 月 10 日	続柄	母
傷 病 名	脳卒中後全身麻痺		発 病 また は 負 傷 年 月 日	令和 元 年 6 月 3 日		
傷 病 の 原 因	脳卒中					
移 年 月 送 日	令和 元 年 6 月 14 日		移送に要した 費	50,000 円		
移送の方法区間 及 び 回 数	移送 方法	新幹線	区間	大阪 から	経由 東京 まで	回数 1
備 考	旅行中に発病し、緊急入院したが、医師の指示により、 自宅最寄の病院に転院した。					

委任状	表記請求金額の受領を	日本化薬（株）	に委任します
		年 月 日 被保険者氏名	健保 太 郎

受付目付印