|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 移送方法 | |  | | | | 支給並支払決定伺 | | | | | | | | |
| 移送区間 | |  | | | | 起　案 | | | | | | | | |
| 移送日 | |  | | | | 施　行 | | | | | | | | |
| 支給決定額 | |  | | | | 常務理事 | | | 事務長 | | 係員 | | 係員 | |
| **移送費請求書の提出には、事前に移送承認請求書で移送の承認を受けておくことが必要となります。** | | | | | |  | | |  | |  | |  | |
|
| **移送費請求書**  **請求書の記入例**  所属  コード  所属長印 | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号 | **○○○** | | | 番号 | **○○○○○** | | 事業所  の名称 | | | **××××××　会社** | | | | |
| 発病又は負傷の  年月日 | | | **31** 年**4**月**29**日 | | | 傷病の原因 | | | **不明** | | | | | |
| 傷病名 | | | **脳梗塞** | | | | | | 移送 年月日 | | **31** 年**4**月**29**日 | | | |
| 移送の方法  区間及び回数 | | | **緊急車両移送（■■医院 ▲▲▲医院間）** | | | | | | 移送に  要した費用 | | **25,000円** | | | |
| 被扶養者である  ときはその氏名 | | |  | | | 生年  月日 | | 昭・平・令  年 月 日 | | | | 被保険者との続柄 | |  |
| 上記の通り請求します。  　　この請求に基づく給付金の受領を事業主へ委任します。  　日産自動車健康保険組合　常務理事殿  **1** 年**5** 月**1**日  　　　　　　　　　　　　　　〒　**100-0000**  　　　　　　　　　　　　　住所　**神奈川県横浜市◇◇区 ▲ ▲ ▲　2 – 5 - ◇◇**  　　　　　　　　　被保険者  　　　　　　　　　　　　　氏名　**日産　健太郎** | | | | | | | | | | | | | | |

**移送費請求書を提出する際には、移送費用の領収書あるいは、その証明書の添付が必要です。**

〔注意〕１．この請求書は、移送について移送承認申請書の提出後その承認書を受けて、実際に移送を

　　　　　　済ませてから、その費用を請求するために提出するものであります。

　　　　２．この請求書には、移送の認証書と移送に要した費用の領収書を必ず添えること。但し、電

　　　　　　車費のように公定のものは領収書の代りに実際に移送を済ませた旨の証明書を添えること。