

移送費支給申請書

(様式 11 号)

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|------------------------|--------------------|-------------------|
| 被保険者証 記号・番号 | 全歯 | 移送を受けた者の 氏名 生年月日 | 年 月 日 | 組 合 員 と 続 柄 |
| 傷 病 名 | | | 年 月 日 | |
| 発病・負傷 年 月 日 | 年 月 日 | 療養期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | (日間) |
| 診療を受けた病院名 ・医師名及び住所 | 病院の名称 | | | |
| | 担当医師名 | | | |
| | 住 所 | | | |
| 移送年月日 | | | | 移送に要した費用 |
| 移送方法 | | | | 円 |
| 移送経路 | | | | |
| 付き添い人 氏名・住所 | | | | |
| 業務上・外、第三者行為(交通事故等)の有・無 | 1. 業務上 2. 第三者行為(交通事故等) 3. その他 | | | |
| 上記のとおり移送に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。 | | | | |
| 年 月 日 | | | | |
| 組合員 | 必ず記入 | (フリガナ) | | |
| 住 所 | | 振 込 先 | 銀行・信金 信組・農協 | 店 出張所 |
| 氏 名 | | 口座番号 | | |
| 電 話 番 号 (— —) | | 口座種別 | 普 ・ 当 | |
| | | (フリガナ) | | |
| | 通帳名義 | | | |
| 全国歯科医師国民健康保険組合理事長 殿 | | | | |

| | | |
|------|---|---|
| 支給金額 | | 係 |
| | 円 | |



| | | |
|-----|------|---|
| 支部長 | 支部常務 | 係 |
| | | |

