

移送費支給決定伺		業務部長	給付課長	審査	支所長	係
支給決定額	〒 _____					
支払年月日	平成 年 月 日	支払年月日	平成 年 月 日			

1受付
2受付

被保険者 移送費支給申請書
被扶養者

平成 年 月 日提出

(注) 移送に要した費用の領収書を必ず添付して下さい。

被保険者証の	記号	被保険者の 氏名と印	⑩			
	番号					
被保険者の 住 所						
事業所名						
発病又は負傷の年月日	年 月 日	発病又は負傷の年月日	平成 年 月 日			
移送の方法 区間・回数 及び移送に 要した費用 の額	移送方法	区 間	回数	金 額		
	計					
傷病が第三者の行為によるものであるときはその事実第三者の住所・氏名						
移送を受けた者の 氏 名			贈・炬 年 月 日生 贈・穢	被保険者との 続 柄		

長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿

給付金受領委任	名称	殿に委任します。
	上記金額の受領方を事業主 氏名	
	平成 年 月 日	
	被保険者の氏名	⑩