

(同種腎移植・骨髄移植・臍帯血移植に係る医師の派遣及び運搬料)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(フリガナ)					
氏名						
住所	(〒	—	)	都	道	府
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)	県		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )						

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行	金庫	信組	本店	支店
		農協	漁協		出張所	
		その他 (	)		本所	支所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通	<input type="checkbox"/> 3. 別段	<input type="checkbox"/> 2. 当座	<input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号	<input type="text"/>
	左づめでご記入ください。					
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)					口座名義 の区分
	<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> 1. 申請者
						<input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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。		和暦	年	月	日
		氏名・印		住所	<input type="checkbox"/> 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ		
		(〒	—	)	TEL	(	)
代理人 (口座名義人)	住所						委任者と 代理人との 関係
	(フリガナ)						
	氏名・印						

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

(28.8)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

(同種腎移植・骨髄移植・臍帯血移植に係る医師の派遣及び運搬料)

申請内容	移植を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 )				
	移植を受けた方の生年月日及びその続柄	和暦	年	月	日	続柄( )
	傷病名					
	発病または負傷の原因					
	発病または負傷の年月日	和暦	年	月	日	
	派遣・運搬の経路					
	派遣・運搬の方法					
	派遣・運搬年月日	和暦	年	月	日	
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 )・ <input type="checkbox"/> 無				
		〒 -				
	派遣・運搬に要した費用の額	円				
	第三者行為によるときはその事実					
第三者の氏名及びその住所	氏名					
	〒 -					

医師記入欄	傷病名					
	派遣・運搬を必要と認めた理由					
	派遣・運搬経路					
	派遣・運搬方法					
	派遣・運搬年月日					
	上記のとおり相違ありません。	和暦	年	月	日	
医師の	住所 〒 -					
	氏名					