

| | | | | | | |
|--------|------|-------|----------------|------|-----|----|
| ※支給決定日 | | | 支給決定日 平成 年 月 日 | | | |
| 支給額 | 法定給付 | 款 項 目 | 円 | 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | 不承認 | | | | | |

健康保険 被保険者 移送費支給申請書
家 族

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|----------------|-------------|-----------|----|--------|----------------|------------------|-----------------------|--------|---|---|---|----|
| 被保険者が記入するところ | 被保険者証の記号番号 | 記号 番号 | 被保険者資格取得日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 被保険者資格喪失日 (喪失後の場合) | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | 被保険者氏名 生年月日 | フリガナ | | | 被保険者住所 | 〒 | | | | | | | |
| | | 昭和・平成 年 月 日 | | | | 電話 () | | | | | | | |
| | 所属事業所及び部署名 | 電話 () | | | | | | | | | | | |
| | 移送対象者の氏名 | | | | 続柄 | 生年月日 | | 大正昭和平成 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 傷病名 | | | | | | | 移送の経路及び方法 | 自 至 | | | | |
| | 発病または負傷年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 第三者の行為によるものですか | いいえ・はい | | | | | | |
| | 移送年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 移送に要した費用 | ※領収書を添付すること 円 | | | | | | |
| | 付添人の氏名 | フリガナ | | | 付添人の住所 | | | | | | | | 続柄 |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----------------------------------|---------------------------|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 医師・歯科医師の意見 | 移送費を必要と認めた理由 | | | | | | | | | | | |
| | 付添人を必要と認めた理由 | | | | | | | | | | | |
| | 入院した病院又は診療所の名称 | | | | | | | | | | | |
| | 入院した期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 日間 | | | | | | | | | | |
| | 移送の経路及び方法 | 自 至 | | | 方法 | | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ありません。 住所 医師 氏名 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 委任状 | 私は、移送費の受領に関することを事業主に委任いたします。 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--------------------------|-------|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|
| 支払金融機関 | 任意継続被保険者または、資格喪失後の請求であるときは、申請者本人の口座を右欄に記入してください。 | 銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 | | | | | | | | | | |
| | | 支店番号 | 普通・当座 | | | 預金番号(右づめ) | | | | | | |
| | | 名義人(フリガナ) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

平成 年 月 日提出
受付日付印