

受付年月日	令和 年 月 日
同年月日	令和 年 月 日
決済年月日	令和 年 月 日
移送承認年月日	令和 年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	担当者
資格取得日	昭・平・令	年 月 日	
資格喪失日	昭・平・令	年 月 日	
支払年月日	昭・平・令	年 月 日	

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号 番号	被保険者の氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日生	男・女	印
	被保険者の 現住所	〒 電話 ()				
	被保険者が 勤務している 事業所の	名称 所在地	〒			
	傷病名			発病又は 負傷の年月日	令和 年 月 日	
	発病または 負傷の原因			移送年月日	令和 年 月 日	
	移送の方法 及び区間	方法 区間			移送に要した 費用	円
				経由	回数	回
	被扶養者が移 送を受けたと きはその者の	氏名	生年月日	昭平令 年 月 日生	続柄	
	付添人の氏名 及び住所	氏名 住所	〒			
	第三者行為によ るときはその事実					
	第三者の指名 及び住所	氏名 住所	〒			
	振込希望の銀行	銀行	支店	普通 口座番号	口座名義(カナ)	
	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名 印 健康保険組合理事長 殿					
	委任状	私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 令和 年 月 日請求した 被保険者 移送費のうち 被扶養者 住所 〒 印 被保険者の 氏名 住所 〒 印 代理人の 住所 〒 印 氏名				
	振込希望の銀行	銀行	支店	普通 口座番号	口座名義(カナ)	
領収書	金 円他但し うえの金額を領収いたしました。 令和 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 住所 氏名 印					

(注1)この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。
(注2)上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
(注3)第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。