

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	0000	被保険者の氏名	健保 太郎	男	印
		番号	0000-00	生年月日	昭平・令 〇〇年〇〇月〇〇日生	女	
	被保険者の現住所	〒 000-0000		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇		電話 000 (0000)0000	
	被保険者が勤務している事業所の名称	〇〇〇〇(株)					
	被保険者が勤務している事業所の所在地	〒000-0000		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇			
	傷病名	大腿骨骨折		発病又は負傷の年月日	令和〇〇年 〇〇月〇〇日		
	発病または負傷の原因	ハイキング中に足を滑らせ転倒した。		移送年月日	令和〇〇年 〇〇月〇〇日		
	移送の方法及び区間	方法	タクシー		移送に要した費用	00,000円	
		区間	〇〇山から〇〇駅まで		経由	回数	1回
	被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名	氏名		生年月日	明大昭平	年 月 日生	続柄
	付添人の氏名及び住所	氏名	健保 花子				
		住所	〒000-0000		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇		
	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	〇〇銀行 〇〇支店		普通	口座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
			口座名義(カナ)	ケンボ タロウ			
上記のとおり申請します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者の住所 〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇 被保険者の氏名 健保 太郎							
健康保険組合理事長 殿							
委任状	私は、〇〇 〇〇 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					
	被保険者の住所	〒000-0000		〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇		印	
	被保険者の氏名	〇〇 〇〇					
	代理人の住所	〒000-0000		東京都〇〇区〇〇町〇-〇		印	
	* (事業主の担当者) 氏名	〇〇 〇〇					
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 うへ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 受領者 住所 氏名 〒						

(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。