

受 付 年 月 日	令和 年 月 日
伺 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	令和 年 月 日		
資格喪失日	令和 年 月 日		
支払年月日	令和 年 月 日		

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	記 号		被保険者の氏名					男・女	印	
		番 号		生年月日	年 月 日生						
	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	昭・平・令	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				移 送 に 要 し た 費 用	円				
		区 間				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 被保険者の 氏 名 印 住 所 代理人の 氏 名 印										
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 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。