

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	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 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	○	被保険者の氏名	京葉 太郎			男	印	
		番号	○○○○	生年月日	昭平・令○○年○○月○○日生			女		
	被保険者の現住所	〒○○○-○○○ 千葉県千葉市○○区○○町1-1							電話	○○(○○○○)○○○
	被保険者が勤務している事業所の名称	○○○○								
	被保険者が勤務している事業所の所在地	○○○○								
	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	○○○○	移送に要した費用	○○,○○○円					
		区間	○○○○○○○○ ~ ○○○○○○○○			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	昭平 年 月 日生	続柄				
	付添人の氏名及び住所	氏名	京葉 花子							
		住所	千葉県千葉市○○区○○町1-1							
	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)	ケイヨウ タロウ						
上記のとおり申請します。										
令和○○年○○月○○日										
被保険者の住所 京葉 太郎										
被保険者の氏名 千葉県千葉市○○区○○町1-1										
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										
住所										
受領者 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。