

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

支給支払決議書			
常務理事	事務長	係	
資格取得日		年 月 日	
資格喪失日		年 月 日	
支払年月日		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		男・女	①
		番号	生年月日	昭・平	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	年 月 日		
	発病または 負傷の原因		移送年月日	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	經由	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	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。						
年 月 日						
被保険者の住所 氏名 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。					
	年 月 日	請求した	被保険者 被扶養者	移送費のうち		
		被保険者の	住所		①	
		代理人の	住所		①	
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。					
	年 月 日					
	健康保険組合理事長 殿					
住所						
受領者 氏名 ①						

(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。