

※支給決定何			支給決定日 令和 年 月 日			
支給額	法定給付	款 項 目	円	常務理事	事務長	担当
	不承認					

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	被保険者証の記号番号	記号 番号	被保険者資格取得日	平成・令和	年	月	日	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	令和	年	月	日	
	被保険者氏名 生年月日	フリガナ			被保険者住所	〒							
		昭和・平成・令和 年 月 日				電話 ()							
	所属事業所及び部署名	電話 ()											
	移送対象者の氏名				続柄	生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日		
	傷病名							移送の経路及び方法	自				
	発病または負傷年月日	平成 令和	年	月	日	第三者の行為によるものですか	いいえ ・ はい						
	移送年月日	平成 令和	年	月	日	移送に要した費用	※領収書(原本)を添付すること 円						
付添人の氏名	フリガナ			付添人の住所		続柄							

医師・歯科医師の意見	移送費を必要と認めた理由											
	付添人を必要と認めた理由											
	入院した病院又は診療所の名称											
	入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで 日間										
	移送の経路及び方法	自			方法							
		至										
上記のとおり相違ありません。												
令和 年 月 日												
住所												
医師 氏名												

委任状	私は、移送費の受領に関することを事業主に委任いたします。										
	令和 年 月 日										
被保険者氏名											

支払金融機関	任意継続被保険者または、資格喪失後の請求であるときは、申請者本人の口座を右欄に記入してください。										
	銀行 信用金庫 信用組合			本店		支店					
	支店番号		普通		預金番号(右つめ)						
	名義人(フリガナ)										

令和 年 月 日提出
受付日付印