



※支給決議書	同年月日	平成	年	月	日	常務理事	事務長	総務部長	総務課長
	支給額								
	資格	取得・認定	年	月	日	部長	課長	係長	係
		喪失・削除	年	月	日				

## 健康保険 被保険者 移送費支給申請書

◎ ◎ 「記入の方法は別紙に書いてありますからよく読んで下さい。」印欄は記入しないで下さい。

①被保険者証 記号・番号				② 生年月日				③被保険者 (フリガナ)					
大正昭和平成				年 月 日				(申請者) の氏名と印					
④被保険者 (フリガナ)				下				電話 ( )					
⑤ 事業所の 名称		所在地		被扶養者が移送を受けたときはその者の 氏名		生年月日		大正昭和平成		年 月 日		被保険者との続柄	
⑦ 傷病名		⑧ 発病又は負傷年月(療養開始日)		年 月 日		⑩ 第三者行為によるものですか		0:いいえ 1:はい		⑨ 発病又は負傷の原因を詳しく			
⑪ 診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の 名称		所在地		療養を担当した 医師等の氏名									
⑫ 移送を受けた区間、移送期間および費用の請求		(フリガナ)		(フリガナ)		移送後		0:入院外 1:入院		移送先		病院	
移送期間(支給期間)		移送回数		移送に要した費用の額		距離		利用交通機関		自 年 月 日		至 年 月 日	
円		回		円		km							
⑬(備考)													

委任状	本申請書に基づく給付金の受領方を代理人に委任します。												
	平成 年 月 日												
	被保険者 住所			(申請者) 氏名						印			
	代理人 住所 (事業主)			氏名						印			

社会保険労務士の提出 代行者印		印
-----------------	--	---

平成 年 月 日提出

〰〰〰  
受付日付印

## 【記入上の注意】

1. この申請書は被保険者および被扶養者について移送の承認があった場合にその費用の支給を受けるため申請するものです。
2. この申請書には、移送に要した費用の領収書を必ず添付して下さい。
3. 標題の「被保険者」および「家族」の文字は、いずれか該当する方の文字をマルで囲んで下さい。
4. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、⑥欄に「該当せず」と記入して下さい。
5. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作ってこの書類に添付して下さい。
6. 給付金の受領方を事業所が届けた人(事業主)に委任し、必ず「委任状」欄に記入・押印して下さい。  
資格喪失者および任意継続被保険者の方は健康保険組合・給付課までご照会下さい。
7. 証明書等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。
8. ※印の欄は、記入しないで下さい。