



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

## 健康保険 被保険者家族 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)	
—		昭和 年 月 日 平成		(申請者) の氏名と印	
④被保険者 (フリガナ)		⑧ 電話 ( )			
(申請者) の住所					
⑤事業所の名称	所在地				
⑥被扶養者が移送を受けたときはその者の氏名	生年月日	昭和 年 月 日 平成	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)	
⑨発病又は負傷の原因を詳しく				⑩第三者行為によるものですか 0:いいえ 1:はい	
⑩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	区間 (フリガナ)	から	まで (フリガナ)	移送後	0:入院外 1:入院
	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	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 (申請者) 住所	氏名			◎	
	代理人 (事業主) 住所	氏名			◎	

平成 年 月 日提出

受付日付印

事業所 担当者印

社会保険労務士の 提出代行者印		◎
--------------------	--	---