

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	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	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		男・女	㊟
		番号	生年月日	昭・平・令 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	名称	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	經由	回数	回	
	被扶養者が移住を受けるときはその者の氏名	氏名	生年月日	昭・平・令 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。					
令和 年 月 日						
被保険者の住所 氏名 ㊟						
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 住所 代理人の 住所 氏名 ㊟ 氏名 ㊟					
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。 令和 年 月 日 健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 住所 氏名 ㊟					

(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。