

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	〇〇	被保険者の氏名	帝国 太郎			男	印
		番号	〇〇〇	生年月日	昭 平 令	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生	女		
	被保険者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇		電話	** (****) ****				
	被保険者が勤務している事業所	名称	㈱帝国ホテル						
		所在地	東京都〇〇区〇〇町〇〇〇						
	傷病名	〇〇〇〇	発病又は負傷の年月日	〇〇 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
	発病または負傷の原因	〇〇〇〇	移送年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					
	移送の方法及び区間	方法	〇〇〇		移送に要した費用	**,*** 円			
		区間	〇〇~〇〇		経由	回数	回		
	被扶養者が移住したとき	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	〇〇 〇〇〇		住所	〇〇県〇〇区〇〇町〇〇〇			
	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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日									
被保険者の住所 神奈川県〇〇市〇〇区〇〇町									
被保険者の氏名 帝国 太郎									
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						
			氏名		印				
			住所						
			氏名		印				
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 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。