

記号・番号は、右づめで記入してください。

## 健康保険 家族 移送費 支給申請書

枝番は不要です。

被保険者 申請者 情報	健康保険の (右づめ)	記号 9 8 7	番号 9 8 7 6 5	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 5 8 0 8 0 1 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名	(フリガナ) タイハイ ヒロミ 太平洋海		
	住所	(〒 〇〇〇 - ××××) 埼玉 都道府県 秩父市〇〇町××-××-××		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇 (×××) △△△△	日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します				

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 太平 碧)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	昭和・平成・令和 62 年 3 月 3 日 (続柄 妻)
	傷病名	脳内出血
	発病または負傷の原因	頭痛が続いたため病院を受診
	発病または負傷の年月日	令和 4 年 1 月 10 日
	移送経路	秩父市 から さいたま市 まで
	移送方法	タクシー (民間救急車)
	移送年月日	令和 4 年 1 月 10 日
	付添人の有無及びその住所	<input checked="" type="checkbox"/> 有 氏名 (那須 洋子) ・ <input type="checkbox"/> 無 〒 〇〇〇 - ×××× 秩父市〇〇町〇〇〇
	移送に要した費用の額	12,500 円
第三者行為によるときはその事実	該当せず	
第三者の氏名及びその住所	氏名 〒 -	

医師・ 歯科 医師記入欄	移送を必要と認めた理由	緊急手術を要するので手術可能な病院へ移送
	付添を必要と認めた理由	病状重篤で緊急を要したため看護師1名が同行した。
	移送経路	秩父市 から さいたま市 まで
	移送方法	タクシー (民間救急車)
	移送年月日	令和 4 年 1 月 10 日
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日		
住所 〒 -		
医師または歯科医師の氏名 医師証明		

事業主が証明するところ	上記のとおり相違ないことを証明します。 委任を受けた移送費の受領は貴組合との間で定められている所定の方法で受領いたします。		令和 年 月 日
	受任者 事業所 所在地	名称 事業主証明	担当者名
	氏名	電話 ( )	

健康保険の記号番号を記入した場合は不要です マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、 本人確認をするための添付書類が必要です	被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="checkbox"/> 添付書類 ・領収書
--	----------------	---------------------------------------

## 【健保使用欄】

支給・ 支払 決議書	令和 年 月 日	
	支払額	百万 十万 万 千 百 十 円
	資格 得	年 月 日
	喪	年 月 日
備考		

常務理事	事務長	担当者

受付日付印

No.