

健康保険 被保険者 移送費 支給申請書

被保険者 申請者 情報	健康保険の (右つめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)		都道 府県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
<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 type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名)
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 年 月 日 (続柄)
	傷病名	
	発病または負傷の原因	
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	令和 年 月 日
	付添人の有無及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 氏名 () ・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -
	移送に要した費用の額	円
第三者行為によるときはその事実		
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	
	付添を必要と認めた理由	
	移送経路	
	移送方法	
	移送年月日	
	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

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 氏名	担当者名
	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	伺年月日	令和 年 月 日
	支払額	百万 十万 万 千 百 十 円
	資格	年 月 日 年 月 日
	備考	

常務理事	事務長	担当者

受付日付印 No.