

受付年月日	平成 年 月 日
伺年月日	平成 年 月 日
決済年月日	平成 年 月 日
移送承認年月日	平成 年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
常務理事	事務長	課長	担当者
資格取得日	平成 年 月 日		
資格喪失日	平成 年 月 日		
支払年月日	平成 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	0000	被保険者の氏名	健保 太郎				男・女	健保
		番号	0000	生年月日	明・大・昭・平 ○○年 ○○月 ○○日生					
	被保険者の現住所	〒000-0000 ○○県○○市△△町3-2-1			電話	000 (000) 0000				
	被保険者が勤務している事業所	名称	○○○○株式会社			所在地	○○県○○市△△町1-1			
	傷病名				発病又は負傷の年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日				
	発病または負傷の原因				移送年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日				
	移送の方法及び区間	方法	タクシー			移送に要した費用	00000 円			
		区間				経由	回数	○ 回		
	被扶養者が移住したときはその者の氏名	氏名		生年月日	明大昭平	年	月	日生	続柄	
	付添人の氏名	氏名								
	及び住所	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								
	振込希望の銀行	○○○○ 銀行 ○○ 支店	普通	口座番号	0	0	0	0	0	0
			口座名義(カナ)	ケンボ タロウ						
上記のとおり申請します。 平成 ○○年 ○○月 ○○日 被保険者の住所 ○○県○○市△△町1-1 氏名 健保 太郎										
健康保険組合理事長 殿										
委任状	私は、平成 年 月 日請求した被保険者被扶養者の住所 氏名 住所 氏名 代理人の住所 氏名 を代理人と定め、次の権限を委任する。 被保険者 移送費のうち 住所 氏名 住所 氏名									
振込希望の銀行	○○○○ 銀行 ○○ 支店	普通	口座番号	0	0	0	0	0	0	
		口座名義(カナ)	ケンボ タロウ							
領収書	金 000000 円他但し うへの金額を領収いたしました。 平成 ○○年 ○○月 ○○日 健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 ○○県○○市△△町3-2-1 氏名 健保 太郎									

- (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。