

【移送後に申請する場合は、移送に要した費用の領収書(原本)を添付して下さい。】

受付年月日	支払年月日

健康保険 被保険者 移送費支給申請書
被扶養者

申請年月日 令和 年 月 日

○被保険者が記入するところ	⑦ 被保険者証記号・番号	-	① 被保険者(申請者)氏名・印		⑩ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	⑧ 被保険者(申請者)住所・TEL	〒 () TEL ()	事業所名称所在地	虹技 株式会社 姫路市大津区勘兵衛町4丁目1番地			
			勤務地【部署名】	姫路 東京 北陸 名古屋 北九州			
	⑨ 移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 ⇒	⑪ 氏名 (被保険者の時は省略)	⑫ 続柄 ※長男、二女等	⑬ 生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日
	⑭ 傷病名	⑮ 発病または負傷の原因(詳しく)		⑯ 発病または負傷年月日	⑰ 移送年月日		令和 年 月 日
	⑱ 移送経路	⑲ 付添人の有無およびその住所		<input type="checkbox"/> 有 (氏名) 〒 <input type="checkbox"/> 無	⑳ 移送に要した費用の額		円
		㉑ 第三者行為による時はその事実、第三者の氏名および住所		(氏名) (住所) 〒			
被保険者のマイナンバー記載欄 (㉒被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)							

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	令和 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医療機関名称および氏名㉓				

受領方法	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、社内便にて受け取り、受領書を返送します。(※1万円未満)					
	<input type="checkbox"/> 本申請書に基づく給付金は、被保険者名義の下記金融機関口座に振込み願います。(※1万円以上)					
	銀行・信用金庫 農協	本店・支店 出張所	普通・当座	口座番号		
	年 月 日	被保険者氏名・印				⑩

※健保組合記入欄											
決議	支給支出決定年月日			支給決定金額			支給方法		常務理事	事務長	担当者
	令和	年	月	日	円	現金	振込				