

【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	㉗ 被保険者等 記号・番号	-	㉖ 被保険者 (申請者) 氏名・印	㉕ 生年 月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	㉔ 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		
	㉓ 移送を受けた 方	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 →	㉒ 氏名 (被保険者の時は省略)	㉑ 続柄 ※長男、二女等	姫路 東京 北陸 名古屋 北九州 【 部署名 】	
	㉚ 傷病名		㉙ 発病または 負傷年月日	㉘ 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	㉛ 発病または 負傷の原因 (詳しく)		㉜ 移送年月日	㉚ 移送方法	令和 年 月 日	
	㉞ 付添人の有 無およびその 住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名 ) 〒	<input type="checkbox"/> 無	㉝ 移送に要した 費用の額	円	
	㉟ 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 (㉗被保険者等 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	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㉞		

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				㉞

※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				