

【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
被扶養者

移送費支給申請書

申請年月日 令和 年 月 日

○ 被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	㊦ 被保険者等 記号・番号	—		㊧ 被保険者 (申請者) 氏名・印	㊨ 生 年 月 日		昭和 平成 令和 年 月 日	
	㊩ 被保険者 (申請者) 住所・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		
		TEL ()			勤務地 【部署名】	本社 姫路材匠 東京 北陸 名古屋 北九州 【 】		
	㊪ 移送を受けた 方	☐ 被保険者 ☐ 被扶養者	⇒	㊫ 氏 名	㊬ 続 柄 ※長男、二女等			
	㊭ 傷 病 名				㊮ 発病または 負傷年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		
	㊯ 発病または 負傷の原因 (詳しく)				㊱ 移送年月日	令和 年 月 日		
	㊲ 移送経路				㊳ 移送方法			
	㊴ 付添人の有 無およびその 住所	☐ 有 (氏名 〒)	☐ 無		㊵ 移送に要した 費用の額	円		
	㊶ 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 (㊦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					移送年月日	令和 年 月 日	
	上 記 の と お り 相 違 あ り ま せ ン 。				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㊨								

受 領 方 法	☐ 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)						
	☐ 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					㊨

※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					現金 振込				
								円				