

様式 44

事業主 經由  
JFE健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

移送費 支給申請書 (兼承認申請書)  
家族移送費

該当者 いずれかに○印	本人
	家族

被 保 険 者 記 入 欄	記号	番 号	会 社 名	所 属 電話番号				
	移送者氏名		続柄	生年月日	年	月	日	
	移送年月日	年	月	日	移送費用	円		
	移送方法				区 間			
	事前に申請 しなかった場 合はその理由							
	希望送金先 (退職者のみ)	銀行名	ゆうちょ銀行不可		銀行コード			預金種別
		支店名			支店コード			普通 当座 貯蓄
		口座名義	カタカナで記入		口座番号			
	上記の通り請求いたします。JFE健康保険組合から支給される給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 〒 被保険者住所 _____ 被保険者氏名 _____ ⑩ 電話番号 _____							
	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。							
				備考欄				

移 送 元 医 師 証 明 欄	傷病名		移送年月日	年	月	日
	移送を必要とする理由	付き添いを認めた理由				
	転・入院した 病院名					
	病院住所 病院名 医師名	⑩				

	支給対象額	支払区分	健 保 受 付 印
	円	1. 個人 2. 任継 上記以外事業主	

## 注 意 事 項

1. 文字は、わかりやすく書いてください。  
住所は何棟、何号室、何々方等最後まで書いてください。
2. この請求証は、被保険者記入欄、医師記入押印後、移送費用の領収書を添付し、事業主を経由し健康保険組合に提出してください。移送に会社の車を利用した場合は、領収書はいりません。原則として20日までに請求された分については、病院からの請求を確認後の翌月の20日に事業主に支払い、事業主から被保険者への支払いとなります。
3. 退職その他で会社給与のない方にはご希望の金融機関（ゆうちょ銀行不可）宛に送金しますので、希望送金先を記入してください。  
なお、任意継続被保険者は郵便貯金口座に送金します。
4. 送金の場合、金融機関の休日等の都合で指定口座への入金が3～5日送れますのであらかじめご了承ください。
5. 請求印は必ず押印してください。

JFE健康保険組合所在地	〒	TEL	FAX
東京都千代田区内幸町一丁目3番3号 内幸町ダイビル4階	100-0011	03-3597-3333	03-3597-3324