

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
家族移送費

支給申請書 (兼承認申請書)

該当者 いずれかに○印		本人
		家族

移送ルート等に関する書類（移送業者作成）
領収書等が必要になります。申請される場合は
健保へお問い合わせください。

記号	番号						会社名			所 属				
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	電話番号 000-123-1234			〇〇部 〇〇課	
被 保 者	移送者氏名		健保 一郎			続柄		生年月日		〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	移送年月日		〇〇年 〇〇月 〇〇日			移送費用		×××,××× 円						
	移送方法		〇〇〇			区 間		〇〇 ~ 〇〇						
者 記 入 欄	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		退職の方…記入して下さい 任意継続の方…記入不要 在職中の方…記入不要				支店コード				普通 当座 貯蓄	
			口座名義		カタカナで記				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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〒123-1234 被保険者住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇-〇〇 被保険者氏名 健保 一郎 電話番号 012-345-6789														
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		記号・番号で申請の方は 記入の必要はありません。					
	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									

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			