

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。

被 保 者 記 入 欄	記号	番号	会社名	所属	
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇〇 (株)	電話番号 000-123-1234 〇〇部 〇〇課	
	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	
	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 普通 当座 貯蓄
		支店名		支店コード	
		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 (健保) 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		

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

記号・番号で申請の方は
記入の必要はありません。

移 送 元 医 師 証 明 欄	傷病名	移送年月日
	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	

支給対象額	支払区分	健保受付印
	1. 個人 2. 任継 上記以外事業主	
円		