

健 保 組 合			事業所担当者の 確 認 印
常務理事	グループ長	担当者	
			日付印

被 保 険 者
家 族

移送費承認・支給申請書(移送届)

健 康 保 険 被 保 険 者 証		申請日		平成		年		月		日	
記 号		番 号 (右づめで記入)		事業所名							
				所 属 (または出向先)		部		室・グループ 課・工場			
被 保 険 者 の 氏 名				被保険者住所		〒					
(氏)		(名)		連 絡 先		自 宅					
						職 場 (外 線)				内 線	

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

被 保 険 者 記 入 欄	被扶養者が移送を受けるものであるとき		氏 名			続 柄			生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	
	移 送 年 月 日		平成 年 月 日		発病または負傷の年月日		平成 年 月 日					
	発病または負傷の 原 因								第三者行為によるものですか	は い い い え		
	移送を必要とする 期 間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		回 数	回	利用交通機関	・タクシー ・飛行機 ・その他()				
	移送後の入通院区分		入 院 ・ 通 院		移送する前に申請することができなかったときはその理由							
	移送に要した費用		円									
	移 送 先 の 医 療 機 関		名 称									
			所在地									
委任状 (任継者は記載不要)		新日鐵住金健康保険組合から私に支給される給付金の受領を事業主に委任します。 平成 年 月 日 被保険者氏名										

※自ら署名した場合も必ず押印ください

医 師 また は 歯 科 医 師 記 入 欄	傷 病 名		移送を必要とした 事 由			
	移送の方法 区間および回数					
	上記のとおり移送の必要を認めます。 平成 年 月 日 医 療 機 関 所 在 地 名 称 医 療 機 関 医 師 氏 名 電 話					

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。
記号・番号が記入されている場合は、マイナンバーの記入は不要です。
(注)マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄			
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印	

健 保 記 入 欄	受 付 No.										
	支給決定額	円									