

|           |      |     |     |             |   |      |                       |
|-----------|------|-----|-----|-------------|---|------|-----------------------|
| 支給決定<br>伺 | 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 支<br>給<br>額 | ¥ | 取得日  |                       |
|           |      |     |     |             |   | 喪失日  |                       |
|           |      |     |     |             |   | 認定日  |                       |
| 摘要        |      |     |     |             |   | 支給期間 | 自 年 月 日<br>至 年 月 日 日間 |

健康保険 被保険者 移送費支給申請書(第 回)

|  |                                   |   |                                |                          |                  |                          |                          |                           |                          |              |              |   |
|--|-----------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------|--------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>が<br>記<br>入<br>す<br>る<br>と<br>こ<br>ろ | 被保険者証の記号・番号                       |   | 生 年 月 日                        |                          |                  | (フリガナ)                   |                          |                           |                          |              |              |   |
|  | —                                 |   | 昭和<br>平成                       | 年                        | 月                | 日                        | 被保険者<br>(申請者)<br>の氏名     |                           |                          |              |              |   |
|  | 被保険者<br>(申請者)<br>の住所              |   | (フリガナ)<br>〒 - Tel ( ) -        |                          |                  |                          | 事業所<br>名 称<br>所在地        |                           |                          |              |              |   |
|  | 被扶養者が移送を受けたための<br>申請であるときはその者の    |   | 被扶養者<br>氏 名                    |                          | 生<br>年<br>月<br>日 | 昭<br>和<br>平<br>成         | 年                        | 月                         | 日                        | 被保険者<br>との続柄 |              |   |
|  | 傷 病 名                             |   |                                |                          |                  |                          | 発病又は<br>負傷年月日<br>(療養開始日) |                           | 平成<br>令和                 | 年            | 月            | 日 |
|  | 発病又は負傷の原因                         |   |                                |                          |                  |                          |                          |                           | 第三者の行為によるものですか<br>はい・いいえ |              |              |   |
|  | 診療を受けた病院等の                        |   | 名 称                            |                          | 所在地              |                          | 診療を担当した<br>医師等の氏名        |                           |                          |              |              |   |
|  | 移送を受けた<br>区間、移送期<br>間および費用<br>の請求 |   | 区<br>間                         | (フリガナ)<br>から             |                  |                          | (フリガナ)<br>まで             |                           |                          | 移送後<br>移送先   | 入院・入院外<br>病院 |   |
|  |                                   |   | 移 送 期 間 ( 支 給 期 間 )            |                          |                  | 移 送<br>回 数               | 移 送 に 要 し た<br>費 用 の 額   |                           | 距 離                      | 利 用 交 通 機 関  |              |   |
|  |                                   |   | 平成・令和 年 月 日から<br>平成・令和 年 月 日まで |                          |                  | 回                        | 円                        |                           | km                       |              |              |   |
| 振<br>込<br>先  | 退職者のみ記入                           | 預金種別  | 普通<br>当座                       | 金融機関名<br>(ゆうちょ銀行<br>を含む) |                  | (フリガナ)<br>銀行<br>金庫<br>農協 |                          | (フリガナ)<br>本店<br>支店<br>出張所 |                          |              |              |   |
|  |                                   | 口座番号  |                                | 口座名義                     |                  | (フリガナ)                   |                          |                           |                          |              |              |   |
| 委<br>任<br>欄  | 受取代理人の欄                           | 本請求に基づく給付金に関する受領を健保代理受領口代理人に委任します。<br>令和 年 月 日<br>被保険者氏名<br>(請求者) |                                |                          |                  |                          |                          |                           |                          |              |              |   |
|  |                                   | (事業主記入欄)<br>健保代理受領口代理人氏名  |                                |                          |                  |                          |                          | 受 付 日 付 印                 |                          |              |              |   |

- 【注意事項】 ●在職中の方は受領代理人が必要です。委任欄に記名上事業主へ提出してください。  
●移送にかかった費用が確認できる「領収書」を添付してください。  
なお領収書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文が必要です。  
●第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」を提出してください。  
●ボールペン等、消えない筆記用具でご記入ください。鉛筆、消せるボールペン(フリクション等)は不可です。