

■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。
 (無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)
 ■健康保険組合へ**直接**ご提出ください
 (労務担当箇所を経由する必要はありません)

令和		健康保険組合へ送付するよう支給決定印			
款	保険給付費	取扱者	審査	事務長	常務理事
項	法定給付費				
目	家族移送費				

＜記入時の注意事項＞

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、被保険者が勤務している会社・部所名をご記入ください。

家族移送費支給申請書【ERP対象事業所用】

被保険者証 記号・番号	4000・1234567		請年 月 日	令和 年 月 日
被保険者氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健 保 太 郎	印 印	会社名 所 属	四国電力㈱ 人事労務部 従業員サービスセンター (連絡先) 050-1234-5678
受診者氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健 保 花 子	被保険者に対する続柄 妻	退職者の場合	退職年月日 令和 年 月 日 住 所 連絡先
傷病名	00000		発病または 負傷年月日	令和 年 月 日
原因及び傷病 の経過	0000・.....			
移送を受けた理由	別紙添付のとおり	診療・薬剤を受けた病院・薬局 の住所・氏名	〇〇病院	
移送日	令和 年 月 日	移送に 要した費用	00000 円	
移送の方法 区間・回数	利用交通機関 000	利用区間 00 ~ 00	距離 (Km) 00	左の金額 (円) 00000 円
付添があった 時はその者の	氏名 〇〇 〇〇	住所 〇〇県〇〇市〇〇		
傷病が第三者の行為によるものであるときは、その事実ならびに第三者の住所・氏名 (住所不明のときはその旨)				
支払金融機関	被保険者の給与に含めて支払います。			

移送に要した費用							
支給査定額	控 除 額						
	家族移送費支給決定額						

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみに記入して下さい。
 2. 移送に要した費用の領収書を添付して下さい。
 3. 医師が発行した「移送に関する証明書」を添付して下さい。
 4. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものとなります。

受付印

出納印

移送に関する証明書

<記入時の注意事項>

この用紙は保険医に証明してもらってください。

対 象 者 氏 名		住所	
傷 病 名			
移送を必要とする理由 (症状など詳細に)			
付添いがあった場合 その付添いを必要と す る 理 由			
移 送 内 容	経 路		
	方 法		
	年月日		

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

保険医療機関の
所在地及び名称

保険医氏名

印