

健保組合 使用欄	支給決議			支払年月日	令和 年 月 日	シーケンス NO.	
	常務理事	事務長	担当者	支給期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日まで 日間		
				資格	取得 昭和・平成・令和 年 月 日 喪失 平成・令和 年 月 日	支給額	

健康保険 被保険者 移送費支給申請書(第 回)

※書類経路：被保険者（請求者）↓健保組合

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号・番号		生 年 月 日		被保険者 (請求者) の氏名		(フリガナ)				
	1 1	-	昭和 平成	年	月	日					
	被保険者 (申請者) の住所		〒 - Tel () -								
	被扶養者が移送を受けたための 申請であるときはその者の		被扶養者 氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	被保険者 との続柄		
	傷 病 名						発病又は 負傷年月日 (療養開始日)	平成 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 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 医師等の氏名					
	移送を受けた 区間、移送期 間および費用 の請求		区 (フリガナ)	(フリガナ)		移送後	入院・入院外				
			から	まで		移送先	病院				
			移 送 期 間 (支 給 期 間)		移 送 回 数	移 送 に 要 し た 費 用 の 額	距 離	利 用 交 通 機 関			
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		回	円	km					
振込希望 口座		預金種別	普通 当座	金融機関名 (ゆうちょ銀行 を含む)		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所				
		口座番号		口座名義		(カタカナで記入)					
受取代理人欄		本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (請求者) 氏名									
		代理人の氏名		(フリガナ)							
		代理人の住所		(フリガナ)		令和 年 月 日 提出					
		〒 - Tel () -				受 付 日 付 印					

◎ 受取代理人欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合に記入してください。

マイナンバーで申請したい方は健康保険組合までご連絡ください。

【添付書類】

・移送にかかった費用が確認できる領収書

(2021.4.1)