

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	支給金額
				資格喪失	平成・令和 年 月 日	

記入例

健康保険 被保険者 移送費支給申請書(第 1 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			(フリガナ) ケンボ タロウ			
	1 1 0 1 - 1 2 3 4		昭和 平成	年	月	日	被保険者 (請求者) の氏名 健保 太郎		
	被保険者 (申請者) の		〒 123 - 4567		Tel (0566) - 9851				
	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		被保険者 との続柄		
			健保 花子		昭和 平成 令和		妻		
	傷 病 名		左大腿骨骨折			発病又は 負傷年月日 (療養開始日)		平成 令和	
	発病又は負傷の原因		ハイキング途中、足を滑らせて転落し、大腿部を負傷した				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		
			豊田市〇〇総合病院		豊田市平和町〇〇		〇〇 〇〇		
	移送を受けた 区間、移送期 間および費用 の請求		(フリガナ) トヨタシカガミチョウ		(フリガナ) トヨタシハイワチョウ		移送 後		
		豊田市坂上町		豊田市平和町		入院 ・入院外			
		移送期間(支給期間)		移送回数		移送に要した 費用の額			
		平成・令和 31年 4月 10日から 平成・令和 31年 4月 10日まで		1 回		5,000 円			
振込希望 口座		預金種別		金融機関名 (ゆうちょ銀行 を含む)		本店 支店 出張所			
		普通 当座		知立		富士			
口座番号		口座名義		(カタカナで記入) ケンボ タロウ					
受取代理人		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)							
		〒 - Tel () -							
		令和 年 月 日 提出 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