

| | | | | | | | | | |
|----------------|------|-----|----|-------|----------|--------|--------|--------|----|
| 支給決定 並びに支出伺 | 常務理事 | 事務長 | 担当 | 支給決定額 | 円 | | | | |
| | | | | 支給期間 | 令和 令和 | 年 年 | 月 月 | 日 日 | 日間 |

健康保険 移送費 支給申請書

| | | | | | |
|-------------|----------|---------|------|----|--------------|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証の記号 | 番号 | 生年月日 | | |
| | 氏名・印 | (フリガナ) | 印 | 所属 | 部・支店・工場 課 |
| | 自宅住所 | (〒 -) | 都道府県 | | |
| | 電話番号 | TEL () | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|-------------------------|---|------------|----------|--|
| 申請内容 | 移送を受けた方 | <input type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名) 続柄 () | | | |
| | 生年月日 (移送を受けた方が家族の場合) | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | 傷病名 | |
| | 発病または負傷の原因 | | | | |
| | 発病または負傷の年月日 | 令和 年 月 日 | 移送年月日 | 令和 年 月 日 | |
| | 移送経路 | | | | |
| | 移送方法 | | 移送に要した費用の額 | 円 | |
| | 付添人の有無及び その住所(家族を除く) | <input type="checkbox"/> 有 (氏名) ・ <input type="checkbox"/> 無 〒 - | | | |
| 第三者行為によるときは その第三者の氏名・住所 | 氏名 〒 - | | | | |


【添付書類】①移送費用の領収証(原本) ②移送を必要とする医師の意見書※2枚目に記入してもらってください。

| | | | | |
|---------|--------|--|------|---|
| 振込先指定口座 | 金融機関名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 | | 本店 支店 出張所 |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 | 口座番号 | ※左づめでご記入ください。 ※ゆうちょ銀行は不可です。 |
| | 口座名義 | ▼カタカナでご記入ください。 | | 口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) 2. 代理人 |

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

| | | | | |
|---------|------------|--------------------------------|----------|-------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者(申請者) | 本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 | 令和 年 月 日 | 受付日付印 |
| | 代理人(口座名義人) | 住所 (フリガナ) 氏名・印 | TEL () | |

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。※【注意】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。

| | | | | | |
|---|-------------|--------------|---|-------|--|
| 移送費 医師の意見記入欄 | 移送を受けた方の氏名 | 移送を受けた方の生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | |
| | 移送を必要と認めた理由 | | | | |
| | 付添を必要と認めた理由 | | | | |
| | 移送経路 | | | | |
| | 移送方法 | 移送年月日 | 令和 | 年 月 日 | |
| 上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 医療機関の所在地 医療機関の名称 医師の氏名 TEL () | | | | | |
|  | | | | | |

※上記の記入欄に医師の証明をもらってください。
 または「移送費の医師の意見書」を発行していただき移送費支給申請書に添付ください。