

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.	支給 金額
	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			

健康保険 被保険者 家族 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 こ ろ	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	回	円	km		
	令和 年 月 日まで					
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	〒 - Tel () -					
					令和 年 月 日 提出	
					受付目付印	

◎ 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

(2024.12.1)