

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 と こ ろ	記号・番号	1 1 -	生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者(請求者)の氏名	(フリガナ)
	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)	から	まで	移送後 移送先	入院・入院外 病院
		移送期間(支給期間)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	移送回数	移送に要した費用の額	距離 利用交通機関
				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)			令和 年 月 日 提出	
	代理人の住所	〒 - Tel () -				

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)