

健 保 組 合	支 給 決 議	支 払 年 月 日	令 和 年 月 日	シーケンス NO.
「記号・番号」はご自身のマイナポータルや「資格情報のお知らせ」に記載してありますのでご確認の上、ご記入ください。 本人と被扶養者は同じ記号番号です。 ご不明な場合は事業所にお問い合わせください。				給 金 額

記入例

健康保険 被保険者 家族 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	記 号	番 号	生 年 月 日	被 保 険 者 (請 求 者) の 氏 名		(フリガナ) ケンポ タロウ			
	1 1 0 1 - 1 2 3 4	昭和 平成	2 5 1 1 0 1	健保 太郎		健保 太郎			
	被 保 険 者 (申 請 者) の	〒 123 - 4567		Tel (0566) - 9851					
	被 保 険 者 の 自 宅 住 所 を 記 入		〇〇県〇〇市〇〇町						
	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	健保 花子		生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日	被 保 険 者 と の 続 柄	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	年 月 日	3 0 0 5 3 0	3 1 0 4 0 1
	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	豊田市〇〇総合病院		診 療 を 担 当 し た 医 師 等 の 氏 名	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	入院・入院外		
			豊田市坂上町	から	豊田市平和町	まで	移 送 先	豊田市〇〇総合病院 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			
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		17.3 km	タクシー			
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)	知立	銀 行	金 庫 農 協	本店 支 店 出 張 所		
口 座 番 号		1 2 3 4 5 6 7		口 座 名 義	(カタカナで記入) ケンポ タロウ				
受 取 代 理 人 の 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 (請 求 者) 住 所 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 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

(2024.12.1)