

Example

常務理事	事務長	担当	係

健康保険
Health Insurance

被保険者
Insured Person

家族
Family Member

移送費支給申請書
Application Form for Transportation Expenses

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 *If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field.

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	To be Completed by Insured Person	① 被保険者等の記号番号 Insured Person's Symbol/Number	② 被保険者(申請者)の氏名 Name of Insured Person (Applicant)		③ 被保険者の生年月日 Birth Date of Insured Person		
		記号 Symbol	番号 Number	John Smith		1975年 6月 1日 YYYY MM DD	
		1234	12345678				
		④ 被保険者(申請者)の住所 Address of Insured Person (Applicant)		Please fill in your current address.			
		家族が移送を受けたときはその者 When a family member has received transport: That person		⑤ 該当者氏名 Name of Applicable Person	⑥ 続柄 Relationship	⑦ 該当家族の生年月日 Birth Date of Applicable Family Member	
		家族が移送を受けたときはその者 When a family member has received transport: That person		Jack Smith	Eldest son	2001年 9月 1日 YYYY MM DD	
		⑧ 事業所の所在地 Workplace's Location	Please fill in your name of company				
		⑨ 傷病名 Name of Illness or Injury	If applying for a child, do not simply write "Child" as the relationship. Instead, write "Eldest son", "Eldest daughter",				
		⑩ 発病または負傷の原因を詳しく Cause of Illness or Injury (be specific)	Unknown				
		⑪ 負傷原因が第三者により生じたものですか Caused by a Third-party ?	For traumatic injuries or illnesses, please provide detailed information about the cause of injury.				
		⑫ 移送の経路 Transfer Route	移送元 Transport origin		移送先 Transport destination		
			****Hospital から from		****Hospital まで to		
		⑬ 移送の手段及び距離 Transfer Method and Distance	移送手段 Transfer Method			距離 Distance	
	専用車・鉄道・その他() Private car/Railway/Other ()			km			
⑭ 移送期間・回数及び費用 Period, Number of Times and Costs Required for Transfer	移送期間(自) Transfer Period (From)	移送期間(至) Transfer Period (To)	回数 Number of Times	移送費用 Transfer Costs			
	****年 **月 **日 YYYY MM DD	****年 **月 **日 YYYY MM DD	1回 time(s)	****円 yen			
給付金支払先	給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。 In general, benefits will be paid to the salary transfer account. 尚、給与振込口座へ振り込みを希望されない方は、以下いずれかにチェックを入れてください。(被保険者名義の口座に限る) If you do not want benefits to be paid to the salary transfer account, check one of the following. (Only accounts in the name of the insured)						
Payment Information	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 I will use the public fund-receiving account pre-registered on Mynaportal, etc. 注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。 Note: It takes several days for account information to be reflected after registration.						
支払先	<input type="checkbox"/> 給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した口座を利用します。 I want benefits to be paid to an account pre-registered on Mynaportal, etc. 〔必要添付書類〕 金融機関名称、支店名、口座番号、口座保有者氏名。 [Required attached document] A copy of a document containing the financial institution name, branch name, account number, and account holder name. 注1) 海外送金はできません。 Note 1: Overseas remittance is not possible. 注2) 電子マネーでの送金はできません。 Note 2: Remittances using electronic money are not possible.						

受付日付印