

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 被保険者 療養費支給申請書  
家族

(同種腎移植・骨髄移植・臍帯血移植に係る医師の派遣及び運搬料)

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	① 被保険者等の 記号 ※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。	番号	② 生年月日 年 月 日		
	③ 氏名	④ 事業所 名称			
	⑤ 住所 (〒 - )	TEL ( ) ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。			
	⑥ 提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )			
	移植を受けた者の	⑦ 氏名	⑧ 生年月日 年 月 日		⑨ 被保険者との続柄
	⑩ 傷病名	⑪ 発症・負傷 年 月 日		年 月 日	
⑫ 派遣・搬送の 方法及び経路	⑬ 派遣・搬送に 要した費用		円		
⑭ 医師の派遣が あった場合	医師の氏名	医師の住所			
医 師 証 明 欄	⑮ 傷病名				
	⑯ 派遣・搬送を 必要とする理由	⑰ 実施日		年 月 日	
	⑱ 入院した場合 の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで			
	令和 年 月 日	医療機関所在地 医療機関名称 医師の氏名と印 電話番号 - -			
※医療機関名等ゴム印を押印ください。					

〔注意事項〕

- 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を希望する場合は健保組合までご相談ください。
- 給付金支払先は、原則、給与振込口座となります。  
給与口座以外への振込を希望される方は、金融機関名称、支店名、口座番号、口座名義の  
確認できるもののコピーを添付してください。(振込は被保険者本人名義の口座に限ります。)
- 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に第三者行為による傷病届のご提出が必要となります。

受付日付印