常務理事	事務長	担当	係

健康保険 被保険者 家族 療養費支給申請書

（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	被保険者情報	① 被保険者等の	記号 番号 ※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。	② 生年月日 年 月 日	
		③ 氏名		④ 事業所名称	
		⑤ 住所	（〒 ー ） TEL ( ) ※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。		
	移植を受けた者の	⑥ 氏名	⑦ 生年月日 年 月 日	⑧ 被保険者との続柄	
	⑨ 傷病名		⑩ 発症・負傷年月日	年 月 日	
	⑪ 派遣・搬送の方法及び経路		⑫ 派遣・搬送に要した費用	円	
	⑬ 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	⑭ 傷病名				
	⑮ 派遣・搬送を必要とする理由		⑯ 実施日	年 月 日	
	⑰ 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 ー ー ※医療機関名等ゴム印を押印ください。				

〔注意事項〕

1. 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。
2. 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。）
3. 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