

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	① 被保険者等の	記号 <small>※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。</small>	番号	② 生年月日 年 月 日	
	③ 氏名			④ 事業所名称	
	⑤ 住所	(〒 -)		TEL () <small>※日中に連絡がとれる電話番号を記入してください。</small>	
	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
医 師 証 明 欄	⑬ 医師の派遣があった場合	医師の氏名	医師の住所		
	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 - - <small>※医療機関名等ゴム印を押印ください。</small>					
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。				
	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)				
	<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。 <small>注) 口座情報の反映には、登録から数日を要します。</small>			
<input type="checkbox"/>	給与振込口座、マイナポータル等で事前登録した公金受取口座以外を希望します。 〔必要添付書類〕 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 <small>注1) 海外送金はできません。 注2) 電子マネーでの送金はできません。</small>				

〔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。
- 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