

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

※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。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者等の記号番号		② 被保険者(申請者)の氏名		③ 被保険者の生年月日		
	記号	番号			年 月 日		
	④ 被保険者(申請者)の住所		TEL		※日中連絡の取れる電話番号を記入してください。		
	⑤ 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"/>)				
	家族が移送を受けたときはその者		⑥ 該当者氏名		⑦ 続柄	⑧ 該当家族の生年月日	
						年 月 日	
	⑨ 事業所の所在地						
			名称				
	⑩ 傷病名						
	⑪ 発病または負傷の原因を詳しく						
	⑫ 負傷原因が第三者により生じたものですか		いいえ ・ はい				
	⑬ 移送の経路		移送元		移送先		
			から		まで		
	⑭ 移送の手段及び距離		移送手段			距離	
			専用車・鉄道・その他()			km	
⑮ 移送期間・回数及び費用		移送期間(自)		移送期間(至)		回数	
		年 月 日		年 月 日		回	
						円	

〔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。)
- 移送にかかった費用の確認できる領収書原本、その領収金額の内訳及び費用の算出根拠を確認出来る資料を添付してください。

受付日付印