記入例

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		
	1234	12345678	山口 太郎	昭和 50 年 6 月 1 日
	④ 被保険者（申請者）		〒 ー TEL ー ー ※日中連絡の取れる電話番号を記入してください。	
	家族が移送を受けたときは その		長男	⑦ 該当家族の生年月日 平成 13 年 9 月 1 日
	⑧ 事業所の	名称	株式会社＊＊＊＊＊	
	⑩ 発病または負傷の原因を詳しく		不明	
	⑪ 負傷原因が第三者により生じたものですか		いいえ ・ はい	
	⑫ 移送の経路		移送元	移送先
			＊＊＊＊病院 から	＊＊＊＊病院 まで
	⑬ 移送の手段及び距離		移送手段	距離
			専用車・鉄道・その他（ ）	約 ＊＊ km
	⑭ 移送期間・回数及び費用		移送期間（自）	移送期間（至）
			＊＊ 年 ＊＊ 月 ＊＊ 日	＊＊ 年 ＊＊ 月 ＊＊ 日

回数	移送費用
1 回	＊＊,＊＊＊円

ご自身の現住所と、日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。

お子様の申請の場合続柄は「子」ではなく「長男」「長女」のようにご記入ください。

ご自身の勤務先会社名を記入してください。

外傷性の傷病の場合、負傷原因を詳細に記載して下さい。

〔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. 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