

健康保険 被保険者・家族 移送費支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号番号 または個人番号	—	被保険者資格取得日	平成	年	月	日	被保険者資格喪失日 (喪失後の場合)	平成	年	月	日
	被保険者氏名	フリガナ						被保険者住所	〒			
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日						電話	()			
	所属部署名及び電話	電話 ()										
	移送対象者の氏名							続柄	生年月日 昭和平成令和 年 月 日			
	傷病名							移送の経路及び方法	自			
	発病又は負傷年月日	令和	年	月	日	第三者の行為によるものですか	いいえ・はい					
	移送年月日	令和	年	月	日	移送に要した費用	※領収書を添付すること 円					
付添人の氏名	フリガナ						付添人の住所	続柄				

医師・歯科医師の意見	移送費を必要と認めた理由											
	付添人を必要と認めた理由											
	入院した病院又は診療所の名称											
	入院した期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日間										
	移送の経路及び方法	自						方法				
上記のとおり相違ありません。												
令和 年 月 日												
住所 〒												
医師 氏名												

※1ヶ月以内に給与口座を変更した方 } のみ支払金融機関をご記入下さい。
 ※資格を喪失した方

令和 年 月 日提出

支払金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合										
	支店番号			口座番号(右づめ)							
	普通・当座										
	名義人(カナ)										

受付日付印

※原則として給与振込口座へのお振込みとなります。

マルハン健康保険組合