

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	1 — △○△○		被保険者資格取得日	平成 令和	○	○	0	4	0	1	被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成 令和						
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎					被保険者住所		〒 000-0000 〇〇県〇〇市1-2-3 〇〇マンション105号室										
	生年月日	昭和・平成・令和 〇年 07 月 26 日							電話 00 (1234) 5678										
	所属部署名及び電話	株式会社 〇〇〇 〇〇店							電話 00 (4321) 8765										
	移送対象者の氏名	健保 太郎					続柄	本人	生年月日	昭和 平成 令和	〇	〇			7	2	6		
	傷病名	心筋梗塞								移送の経路及び方法	自 〇〇診療所 至 〇〇病院								
	発病又は負傷年月日	令和	〇	〇		5	1	0	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	〇	〇		5	1	0	移送に要した費用	※領収書を添付すること 15,000 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	※医師または歯科医師の証明が必要です 日間																
	移送の経路及び方法	自								方法								
	至																	
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。

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