

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	○○〇4〇1	年月日 被保険者資格喪失日(喪失後の場合)	平成令和	年月日		
	被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ				被保険者住所	〒 000-0000 ○○県○○市1-2-3 ○○マンション105号室					
	生年月日	昭和・平成・令和 ○年 07 月 26 日					電話 00 (1234) 5678					
	所属部署名及び電話	株式会社 ○○○ ○○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	○○726	年月日		
	傷病名	心筋梗塞				移送の経路及び方法 方法	自 ○○診療所 至 ○○病院					
	発病又は負傷年月日	令和	年	月	日		第三者的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 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					
	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。						
住 所 〒							
医 师 氏 名							

※1ヶ月以内に給与口座を変更した方
※資格を喪失した方

} 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 信用金庫 信用組合				本店	
	支店番号		普通・当座			口座番号 (右づめ)
	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