

# 健康保険 被保険者・家族 移送費支給申請書

※個人番号を利用しての申請には、個人番号確認および本人確認をするための添付書類が必要です。

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(請求者)氏名と印	フリガナ			被保険者住所			〒																						
	生年月日	昭和・平成						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	大正昭和平成				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	平成			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	平成			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	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで 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。																							
平成 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

平成 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