

健康保険 被保険者・家族 移送費支給申請書

※個人番号を利用した申請には、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	1 - 123△△		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	
	被保険者氏名と印	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 (印)			被保険者住所	〒 228-0000 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 〇〇 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	大正	昭和	平成	年	月	日
	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 方法 寝台自動車により								
	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 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。													平成 年 月 日
住所 〒													
医師 氏名													(印)

※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。

平成 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
	支店番号	普通・当座	口座番号(右づめ)
名義人(カナ)			

口座は資格喪失後の申請の場合のみ、記入してください

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