

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	① 被保険者証の 記号と番号	記号 000 番号 0000	② 事業所の	名称	〇〇〇〇株式会社		
				所属部課名	総務部総務課		
	③ 傷病名	腸閉塞		④ 発病又は 負傷の年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日 (負傷の場合は 時頃)		
	⑤ 発病又は 負傷の原因	不明					
	⑥ 傷病の経過	容態が悪化し、移送先の病院で手術を受けた。					
	⑦ 診療を受け た病院の	名称	〇〇〇〇病院		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2	
	⑧ 診療に従事 した医師の	氏名	〇〇 〇〇		住所	〇〇県△△市△△町2-2	
	⑨ 移送を受けた 区間年月日 及び費用の額	(ア) 区間	〇〇〇〇胃腸クリニック ~ 〇〇〇〇病院				
		(イ) 回数	(ウ) 距離	(エ) 移送の年月日	(オ) 利用交通機関	(カ) 移送に要した費用 (領収書等を添付)	
		1	〇km	令和 〇年 〇月 〇日	タクシー	〇〇〇〇 円	
	⑩ 第三者の行為 によって負傷した ものであるか否か	ある ・ <u>ない</u>	⑪ 第三者の行為 によって負 傷したときは	その事実の届出の有無	ある・ない		
				第三者の氏名と住所 (不明のときはその旨)			
⑫ 申請が被扶養 者に関するときは、その者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和	年月日	被保険者 との続柄		

上記のとおり申請いたします

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者の 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1  
氏名 健保 太郎

健保

振込先 〇〇 銀行 〇〇 支店, 普通 No. 0000000 フリガナ ケンポ タロウ  
名義人名 健保 太郎

委 任 状	私は 〇〇 〇〇 を代理人と定め、次の権限を委任する。 〇〇年 〇〇月 〇〇日請求した 被保険者 移送費のうち 家族 金 〇〇〇〇 円也の受領に関する事。 〇〇年 〇〇月 〇〇日	被保険者の 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 氏名 健保 太郎	代理人の 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3 氏名 健保 二郎
	振込先 □□ 銀行 □□ 支店, 普通 No. 1234567 フリガナ ケンポ ジロウ 名義人名 健保 二郎		

健保

印

注) 本請求に基づく給付金については、請求者本人が指定する本人の銀行口座に振込みます。但し、給付金の受領を  
第三者に委任する場合は、委任状欄に記入、捺印して提出してください。

# 移送承認申請書

被保険者証の記号 及び番号	記号	000	事業所 の名称	0000株式会社	
	番号	0000			
発病又は負傷 の年月日	令和00年00月00日		傷病の 原因	不明	
医師 又は 歯科 医師 の 意見	傷病名		移 年 月 日	送 日	令和 年 月 日
	移送を必要と した理由				
	移送の方法 区間及び回数				円
	令和 年 月 日				
やむを得ない理由で 事後において届出 ときは、その理由					
申請が被扶養者に 関するときは、 その者の氏名		被扶養者の 生年月日		被扶養者 との続柄	
上記のとおり申請いたします					
令和 00年 00月 00日					
被保険者の住所 00県00市00町1-1 氏名及び印 健保 太郎					
昭和シェル健康保険組合理事長殿					

