

同 年 月 日	令和	年	月	日
決 議 年 月 日	令和	年	月	日
支 給 額	円			

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者 移送費支給申請書
被扶養者

申請日： 令和 年 月 日

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の記号番号		記号			② 被保険者の氏名				
			番号							
	③ 発病又は負傷の日			平成・令和	年	月	日	④ 発病又は負傷の原因		
	⑤ 傷病名				移送年月日		平成・令和	年	月	日
	⑦ 移送を受けた者が被扶養者であるときはその氏名			⑧ 被保険者との続柄		⑨ 第三者行為によるものですか		※第三者行為による場合で、「第三者行為による傷病届」が未提出の方は、至急提出してください。		
						はい ・ いいえ				
	⑩ 移送の経路及び方法				⑪ 移送に要した費用		円			
	⑫ 付添人の氏名及び住所		氏名	住所		〒				
	※被保険者が請求される場合は、記入不要です。									
⑬ 支払金融機関		金融機関名				支店名				
		預金種目	普通・当座			口座番号				
		口座名義	(カナ)			*口座名義は、請求者ご本人です。 *カナ欄も忘れずにご記入ください。				
			(漢字)							

委 任 状	⑭ 私は、事業主を代理人と定め、給与経由で移送費の受領を委任し	
	本人 住所 (申請者) 氏名 ⑩	
	※代理人 住所 (事業主) 氏名 ⑩	

受付印

*退職者または任意継続被保険者の方は記入不要です。
*印の代理人欄は、事業主が記入しますので、申請者は記入しないで下さい。

*申請に当たっての留意事項

1. この申請書は、移送承認申請書の提出後その承認を受けて、実際に移送を済ませてからその領収書を添付して提出するものです。
2. ①は、健康保険被保険者証に書いてあるものを、そのまま転記してください。
3. ②は、申請者が自ら署名する場合、捺印は不要です。