

支給決定額		支給決定日 令和 年 月 日				給付記録 入力済印
移送費	円	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者	

被 保 険 者 族 移 送 費 支 給 申 請 書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者等 記号番号	-		事業所名						
	被保険者の 氏名			被保険者の 住所	〒					
	申請が 被扶養者に 関するとき	氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	
	傷病名			発病・負傷 の年月日	平成 令和	年	月	日		
	発病又は 負傷の 原因								第三者行為によるものですか	
									いいえ	はい
	診療を受け た病院等	名称			医師の 氏名					
		所在地								
	移送区間	から				經由	まで		移送後	入院 入院外
								移送先		
移送年月日	令和	年	月	日	移送回数	移送に要した費用		利用交通機関		
					回	円				

確 認 欄	令和 年 月 日								
	本申請について、下記の項目を確認しました。								
	<input type="checkbox"/> ①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者又は請求者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。								
	<input type="checkbox"/> HP「給付に関する事項」等、個人情報保護方針を確認し、同意した。 <input type="checkbox"/> 内容に関し健康保険組合が医療機関等に照会する必要がある場合は同意する。								

受付日付印

(注意事項)

- ・この申請書には、移送に要した費用の領収書(原本)を必ず添付して下さい。
- ・証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
- ・確認欄は、必ず全ての項目を確認し、チェックを入れて下さい。