

| | | | | | | |
|------------|-------|------|-----|--|--|--|
| 決裁の 年月日 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | | | |
| 同年月日 | 年 月 日 | | | | | |

| | | | | | | |
|--|---|----------------|-------------|-------|--|--|
| 被 保 険 者 ・ 申 請 者 情 報 | 記号 番号 | 健康保険 移送費 支給申請書 | | | | |
| | フリガナ 被保険者 の氏名 | 生年 月日 | 昭 平 令 | 年 月 日 | | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 電話番号 (日中の連絡先) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) | | | | | |

▼ 原則、給付金は事業主経由でお支払いします。事業主へ委任する場合は、「振込先」は記入不要です。

| | | | | | |
|-------------|-------------|----------|----------|----------|--|
| 振 込 先 | 金融機関 | 銀行 支店 | | | |
| | 預金種別・ 口座 | 普通 当座 | 口座 番号 | 口座 名義 | |

▼ 給付金支払いを事業主へ委任した場合は、委任状欄に被保険者の住所、氏名を記入してください。

| | | | | | | |
|------------------|------|--------------------|------------|-----|--|--|
| 委 任 状 欄 | 私は | を代理人と定め、次の権限を委任する。 | | | | |
| | | 年 月 日 | 請求した移送費のうち | | | |
| | 金 | 円也の受領に関すること。 | | | | |
| | | 年 月 日 | 〒 | 住所: | | |
| | | 被保険者の | | 氏名: | | |
| | | 〒 | 住所: | | | |
| | 代理人の | | 氏名: | | | |

受付日付印

| | | | | | |
|------------|---------------|------|------------|---|----|
| 申請内容 | 被保険者又は被扶養者の別 | 被保険者 | 移送を受けた方の氏名 | | |
| | | 被扶養者 | | | |
| | 移送を受けた方の生年月日 | 年 | 月 | 日 | 続柄 |
| | 傷病名 | | | | |
| | 発病又は負傷の原因 | | | | |
| | 発病又は負傷の年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 移送の経路 | | | | |
| | 移送の方法 | | | | |
| | 移送年月日 | 年 | 月 | 日 | |
| | 付添人の有無 | 有・無 | 付添人の氏名 | | |
| | 付添人の住所 | | | | |
| | 移送に要した費用の額 | | | | |
| | 第三者によるときはその事実 | | | | |
| 第三者の氏名及び住所 | | | | | |

| | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|
| 医師・歯科医師記入欄 | 移送を必要と認めた理由 | | | | |
| | 付添を必要と認めた理由 | | | | |
| | 移送経路 | | | | |
| | 移送方法 | | | | |
| | 移送年月日 | | | | |
| | <p>上記の通り相違ありません。 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所:</p> <p style="text-align: center;">医師又は歯科医師の</p> <p style="text-align: center;">氏名:</p> | | | | |