

**極秘**

※支出費目	款	保険給付費	項	法定給付費	目	常務理事	局長	課長	係長	担当	※組合使用欄	
支給決定並支出伺	支給(出)金額		円	自平・令 年 月 日		資格	取得	昭・平・令 年 月 日				
	支給決定日		令和 年 月 日	至平・令 年 月 日				喪失	平・令 年 月 日			
	支給年月日		令和 年 月 日	日間				期間	□1年以上/□1年未満			
備考欄										海外表示		
										国内		
										海外		

## 健康保険 被保険者 移送費支給申請書

●被保険者(申請者)の方は太枠欄に記入してください。また記入上の注意事項をよくお読みください。

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	被保険者証の記号・番号				被保険者(申請者)氏名				事業所の名称							
	被保険者の生年月日				被保険者(申請者)の住所・電話等											
	生年 月日		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		〒 - TEL.( ) -											
	移送が被扶養者に関する時はその者の				氏名				生年 月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年 月 日		被保険者との続柄	
	傷病名		発病または負傷の原因 及其経過		発病又は負傷年月日(療養開始日)				平・令 年 月 日		第三者の行為によるものですか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
	診療を受けた病院等				名称				所在地				診療した医師氏名			
	移送の経路															
	移送年月日		平・令 年 月 日		移送の方法 (利用交通機関)											
	付添人の氏名				移送に要した費用		円									
	付添人の住所															
移送を必要とする理由																
備考欄																

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。(マイナンバーを記載した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

■給付金の受領方を他人に委任する時は、下記の受取代理人の欄に必要な事項を記入してください。

受 取 代 理 人 欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。									
	被保険者(申請者)の氏名及び印				(印)		代理人の住所氏名・印電話等			

■委任しない場合は、上記の受取代理人欄には何も記入しないでください。

振 込 先 の 融 機 関	金融機関番号		本支店番号		預金種別		口座番号			
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		フリガナ			
							預金口座名義人			

振込先金融機関の欄には必ずご記入ください 令和 年 月 日提出 受付日付印

社会保険労務士記載欄

# 《記入上の注意事項》

- ・この用紙は、被保険者及び被扶養者について移送費の承認があった場合に、その費用の支給を受けるための申請書です。
- ・この申請書には、移送に要した費用の領収書の原本又は証明書(公共交通機関等は実際に移送を行ったことを証するに足るもの)を必ず添付してください。
- ・傷病の原因が第三者の行為によるものである場合は、別に「第三者行為による傷病届」が必要になります。
- ・傷病の原因が外傷等によるものである場合は、別に「負傷原因届」が必要になります。
- ・移送費の受領を第三者に委任するときは、受取代理人欄に必要事項を記載してください。
- ・数字又は文字を訂正する場合は、誤った数字又は文字を抹消したうえ、その部分に証明欄に押印した印と同じ印を押してから、その上に正しい数字又は文字を記入してください。