※ 支払決議書				決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
伺年月日	令和　年　月　日								
支払年月日	令和　年　月　日								
支給額	円								
支給内訳 法定	款 項 目	円		資格 得	年　月　日	療養 得	年　月　日		
付加				喪	年　月　日	喪	年　月　日		

健康保険　被保険者 家族　移送費支給申請書

◎記入の方法は記入例がありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
◎受取代理人欄の記入方法は記入例をご確認ください。未記入の場合は返却し、再提出をお願いいたします。

被保険者が記入するところ

被保険者の記号・番号(左詰め)	㋐生年月日	被扶養者番号	給付記録番号	受取代理人	受付年月日
	昭平令　年　月　日	※	※	※ 0:無 1:有	※　年　月　日

㋑被保険者の（申請者）氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏) ※押印不要の為、下記確認欄に☑が必要です。	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (名)	事業所の 名称 所在地
被保険者の（申請者）住所	郵便番号 - 電話番号	(フリガナ) 住所	
被扶養者が移送を受けたときはその者の	㋒氏名	生年月日 昭和 平成 令和　年　月　日生	被保険者との続柄
傷病名		発病または負傷の年月日（療養開始日）	令和　年　月　日 令和　年　月　日
発病又は負傷の原因を詳しく		㋓第三者行為によるものですか 0：いいえ　1：はい 「はい」の場合は「第三者の行為による傷病届」を提出してください。	
診療等の支給又は手当を受けた病院あるいは診療所(医院)の	名称	診療した医師氏名	
	所在地		

移送を受けた区間、移送期間および費用の請求				
区間	フリガナ から	フリガナ まで	㋔移送後	0：入院外　1：入院
			移送先（病院）	

移送期間(支給期間)	移送回数	移送に要した費用の額	距離	利用交通機関
自 年 月 日 至 年 月 日	回	円	km	

確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。 ①申請者本人(被保険者)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。
□	

※	支給回数	承認番号	支給算出額(手)	調整減額コード	調査先コード	海外表示	特別支給コード	備考
			円			0：国内 1：海外		

受取金融機関

支払区分	1:銀行振込　2:事業所経由 3:公金受取口座利用	預金種別	振込銀行	銀行	本店 支店 出張所
口座番号		普通			
口座名義					

◎受取代理人の欄（①②いずれか☑）

□ ①本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。		被保険者（申請者）	日付　年　月　日
事業主名称			氏名
□ ②本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			年　月　日
被保険者（申請者）	住所 氏名	電話　(　　)	
代理人の氏名	フリガナ	委任者と代理人との関係	
代理人住所	〒　－　フリガナ 電話　(　　)		

令和　年　月　日提出

受付印

社会保険労務士の提出代行者名	