

※ 支 払 給 付	同 年 月 日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
	支 払 年 月 日	令和 年 月 日						
	支 給 額							
決 議 書	支 給 内 訳	法 定 額	資 格	得 喪	年 月 日	療 養	得 喪	年 月 日
	付 加				年 月 日			年 月 日

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号(左詰め)	⑦ 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		
	①被保険者の(申請者)氏名	(フリガナ) (氏) (名)	事業所の名称	所在地				
	被保険者の(申請者)住所	郵便番号 (フリガナ)	電話番号	住所				
	被扶養者が移送を受けたときはその者の	⑧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				①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	⑨移送後	0:入院外 1:入院			
	移送期間(支給期間)	自 年 月 日 至 年 月 日	移送回数	移送に要した費用の額	距離	利用交通機関		
			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	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		令和 年 月 日提出			
	代理人住所	〒	フリガナ	電話		()		
	社会保険労務士の提出代行者名						受付印	

◎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。