

※ 支給 決定 書	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							
支 給 内 訳	法定	款 項 目	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

◎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。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の記号・番号(左詰め)				㉞ 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				※	※	※ 0:無 1:有				
	④被保険者の (申請者) 氏 名		(フリガナ)		(フリガナ)		(名)		事業所 の	名 称			所在地		
	被保険者の (申請者) 住 所		郵便番号		-		(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		②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		所在地				診療した医師氏名						
	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		フリガナ		④移送後		0:入院外 1:入院				
		から		まで		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く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		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		()				受取印		
		社会保険労務士の提出代行者名													