

|         |       |               |       |  |  |
|---------|-------|---------------|-------|--|--|
| 受付年月日   | 年 月 日 | 支 給 支 払 決 議 書 |       |  |  |
| 伺 年 月 日 | 年 月 日 |               |       |  |  |
| 決裁年月日   | 年 月 日 |               |       |  |  |
| 移送承認年月日 | 年 月 日 |               |       |  |  |
| 支給額     | 円     | 資格取得          | 年 月 日 |  |  |
| 不承認     |       | 資格喪失          | 年 月 日 |  |  |
|         |       | 支払年月日         | 年 月 日 |  |  |

被保険者  
被扶養者

移送費申請書

|                        |     |  |                        |                |                   |  |
|------------------------|-----|--|------------------------|----------------|-------------------|--|
| 被保険者証の<br>記 号・番 号      |     |  | 事業所<br>の 名 称           |                |                   |  |
| 移送を受けた<br>者 の 氏 名      |     |  | 生年月日                   | 年 月 日          | 被保険<br>者との<br>続 柄 |  |
| 傷 病 名                  |     |  | 発 病 又 は<br>負 傷 の 年 月 日 | 年 月 日          |                   |  |
| 発 病 又 は<br>負 傷 の 原 因   |     |  |                        |                |                   |  |
| 移 送 の 経 路<br>及 び 方 法   |     |  | 移送に要<br>した費用           | 円              |                   |  |
|                        |     |  | 移送年月日                  | 年 月 日          |                   |  |
| 付 添 人 の 氏 名<br>及 び 住 所 | 氏 名 |  | 住 所                    |                |                   |  |
| 第三者行為による<br>ときはその事実    |     |  |                        |                |                   |  |
| 第 三 者 の 氏 名<br>及 び 住 所 | 氏 名 |  | 住 所                    |                |                   |  |
| 振 込 希 望 の<br>金 融 機 関 名 |     |  | 銀行<br>金庫<br>信組         | 店・本店<br>支店・出張所 |                   |  |
|                        |     |  | 普通<br>当座               | 口座番号           | フリガナ<br>口座名義      |  |

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 〒  
被保険者の  
氏名

健康保険組合理事長 殿

※被保険者本人が署名した場合は、  
押印不要です。

(注) (1) この申請書には、移送に要した費用の額を証明する書類（領収書等）を添付してください。

(2) 上記の書類が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付してください。