

健保 使用欄	支給決議書				常務理事	事務長	担当者
	受付年月日	令和 年 月 日	資格取得日	平成・令和			
	承認年月日	令和 年 月 日	資格喪失日	令和			
	支給年月日	令和 年 月 日	【退職後】	任継加入・任継未加入			
款	項	目	支給額				
保険給付費	法定給付費	移送費					円
		家族移送費					円

健康保険 被保険者 家族 移送費（承認・支給）申請書

1 2
被保険者（申請者）記入用

被保険者 （申請者） 情報	被保険者証の 記号と番号	※こちらを記入した場合、マイナンバー記入不要です。		生年月日	年齢
		—		昭和 平成	年 月 日 歳
	氏名	(フリガナ)		事業所/所属先	
	住所	(〒 —)	都 道 府 県		
電話番号	【自宅】 ()		【携帯】 ()		

振込先 指定口座	*被保険者以外の方が請求される場合のみ記入してください。				
	金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 信組 農協 漁業 その他 { }	支店コード	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通 別段 当座 通知	口座番号	代理申請者と振込先口座名義人は同一人物 であること。	
口座名義	(カタカナ)				こちらを記入された場合は「受取代理人欄」 を必ず記入してください。

受取代理人の欄	被保険者に 代わって 代理人が 請求受領 する場合	住所 (〒 —)	【TEL】 ()	被保険者と 代理人との 関係
	氏名	都 道 府 県		

委任 状欄	被保険者 （申請者）	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の事業主に委任します。	記入日 令和 年 月 日
	事業主名	氏名	住所 「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ
*退職された方は、 委任状欄の記入は不要です。			

「被保険者（申請者）・医師・歯科医師記入用」は2ページに続きます。>>>

※被保険者マイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)		受付日付印
<当健康保険組合は、保険証の記号番号のみで処理が可能です。>		

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

被保険者氏名

＜添付書類＞
●領収書の原本

申請内容	移送を受けた方	被保険者 ・ 被扶養者	氏名				
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄 ()
	傷病名						
	発病または負傷の原因						
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日		
	移送経路						
	移送方法						
	移送年月日	令和	年	月	日		
	付添人の有無及びその住所	無 ・ 有 →	(氏名)				
		〒	—	都 道 府 県			
	移送に要した費用の額						
	第三者行為によるときはその事実	円					
第三者行為の氏名及びその住所	氏名	()					
	〒	—	都 道 府 県				

医師・ 歯科医師 記入欄	移送を必要と認めた理由						
	付添を必要と認めた理由						
	移送経路						
	移送方法						
	移送年月日						
	上記のとおり相違ありません。	令和	年	月	日		
	住所	〒	—				
	医師または歯科医師の	氏名					