

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	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">記入例</div>			
承認年月日	令和 年 月 日	資格喪失				
支給年月日	令和 年 月 日	【退職後】				
		【退職後】		継加	未加	
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			

該当しない方に二重線を引いてください。

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		
		〇〇〇〇	—	〇〇〇〇	昭和 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日	〇〇 歳
	氏名	(フリガナ)	〇〇 〇〇〇	〇〇 〇〇〇	事業所/所属先	〇〇〇〇 (株) 〇〇〇〇〇支店	
	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	〇〇	都 道 府 県	〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号		
電話番号	【自宅】	〇〇 (〇〇〇〇)	〇〇〇〇	【携帯】	〇〇〇 (〇〇〇〇)	〇〇〇〇	

振込先指定口座	金融機関名	金融機関コード	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁業 その他 ()	支店コード	〇〇〇	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	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	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。				

該当する場合は記入してください。

受取代理人の欄	住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)	【TEL】	〇〇 (〇〇〇〇)	〇〇〇〇	被保険者と代理人との関係
	氏名	〇〇	都 道 府 県	〇〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	△△ △△△△	○

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 〇〇年 〇月 〇日
	事業主名	〇〇〇〇 (株) 代表取締役〇〇〇〇	* 退職された方は、委任状欄の記入は不要です。	

退職していない被保険者が請求する場合のみ記入

必ず記入してください。

「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
<p><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。></p> <p><マイナンバーを記入した場合></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆本人確認書類の添付が必要です。 ◆追跡可能な書留や特定記録等でお送りいただくことになります。 	

該当しない方に二重線を引いてください。

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）・医師・歯科医師記入用

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	全ての項目を記入してください。					
	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	該当する場合は記入してください。						
	〒	-	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	移送費が発生した場合、 医師・歯科医師等の記入は必須です。					
	移送経路						
	移送方法						
	移送年月日	療養を担当した 医師等が記入					
	上記のとおり相違ありません。	住所	〒	-	令和	年	月
医師または歯科医師の	氏名						