

|       |       |          |       |            |      |     |     |
|-------|-------|----------|-------|------------|------|-----|-----|
| 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<br>平成 | 年 月 日 歳 |
|             | 氏名          | (フリガナ)                    |            | 事業所/所属先  |         |
|             | 住所          | (〒 — )                    | 都 道<br>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<br>農協 漁業<br>その他 { } | 支店コード                     | 本店 支店 出張所<br>本所 支所               |
|         | 預金種別                         | 普通 別段<br>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 | 住所 | (〒 — ) 【TEL】 ( ) | 被保険者と代理人との関係 |
|         | 氏名 |                  |              |

|                        |           |                                |                           |          |
|------------------------|-----------|--------------------------------|---------------------------|----------|
| 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<br>「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<br>(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<br>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<br>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<br>府 県 |            |   |   |        |

|                    |                |    |   |   |   |  |  |
|--------------------|----------------|----|---|---|---|--|--|
| 医師・<br>歯科医師<br>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 |   |   |   |  |  |