

健康保険 被保険者家族 移送費支給申請書

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	被 保 險 者 証	記号		被 保 險 者 の 氏 名		男 ・ 女	
		番号		生 年 月 日	昭・平・令	年 月 日生	
	被 保 險 者 の 現 住 所	〒					電話 ()
	被 保 險 者 が 勤 務 して いる 事 業 所 の	名 称					
		所 在 地					
	傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日		年 月 日		
	発 病 ま た は 負 傷 の 原 因				移 送 年 月 日	年 月 日	
	移 送 の 方 法 及 び 区 間	方 法				移 送 に 要 し た 費 用	円
		区 間	経 由			回 数	回
	被 扶 養 者 が 移 送 を 受 け た は そ の 者	氏 名	生 年 月 日	昭 平 令	年 月 日 生	続 柄	
	付 添 人 の 氏 名	氏 名					
	及 び 住 所	住 所					
	第 三 者 行 為 に よ る と き は そ の 事 実						
	第 三 者 の 指 名	氏 名					
	及 び 住 所	住 所					
	振 込 希 望 の 銀 行	銀 行	支 店	普 通	口 座 番 号		
				口 座 名 義 (カ ナ)			
	上記のとおり申請します。						
被 保 險 者 の 年 月 日 住 所 氏 名							
蝶理健康保険組合理事長 殿							
委 任 状	私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日請求した 被保険者 被扶養者 移送費のうち 被保険者の 住 所 氏 名 代理人の 住 所 氏 名						
振 込 希 望 の 銀 行	銀 行	支 店	普 通	口 座 番 号			
			口 座 名 義 (カ ナ)				
領 収 書	金 円他但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 蝶理健康保険組合理事長 殿 受領者 住 所 氏 名						

(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。

(注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下さい。

(注3) 第三者の行為による負傷の際は、第三者行為傷病届一式を添付して下さい。