

健康保険 被保険者 家族 移送費支給申請書

被保険者が記入するところ	被保険者証	記号		被保険者の氏名		男・女	Ⓜ
		番号		生年月日	昭・平・令 年 月 日生		
	被保険者の現住所	〒 電話 ()					
	被保険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のはその者の氏名	氏名	生年月日	昭平令 年 月 日生	続柄		
	付添人の氏名及び住所	氏名	住所				
	第三者行為によるときはその事実						
	第三者の指名及び住所	氏名	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。							
被保険者の 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。