

受付年月日	令和 年 月 日
伺年月日	令和 年 月 日
決済年月日	令和 年 月 日
移送承認年月日	令和 年 月 日
支給額	円
不承認	

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者
資格取得日		年 月 日	
資格喪失日		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

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 番号	被保険者の氏名	男 女	⑩
	被保険者の 現住所	〒	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
	被保険者が 勤務している 事業所の	名称 所在地	電話 ()		
	傷病名		発病又は 負傷の年月日	平成・令和 年 月 日	
	発病または 負傷の原因		移送年月日	平・令 年 月 日	
	移送の方法 及び区間	方法 区間	移送に要した 費用	円	
	被扶養者が移 送を受けたと きはその者の	氏名	生年月日	昭和 平成 令和 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。 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。				
	令和 年 月 日 被保険者の住所 氏名 ⑩ 志村化工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。 令和 年 月 日請求した 被保険者 移送費のうち 金 円也の受領に関すること。 被保険者の住所 氏名 ⑩ 代理人の住所 氏名 ⑩			
	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。 令和 年 月 日 志村化工健康保険組合理事長 殿 住所 受領者 氏名 ⑩				

(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。