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	○○	被保険者の氏名	健保　太郎	男・女
	番号	○○○	生年月日	昭・平・令○○　年○○月○○日生	健保 ㊞
被保険者の現住所	〒○○○－○○○　東京都○○区○○1-1-1○○ビル３階			電話　○○（　○○　）○○	
被保険者が勤務している事業所の	名称	○○株式会社			
	所在地	○○県○○市○○町 1-1			
傷病名	胃潰瘍		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	不明		移送年月日	平・令　○○年○月　○　日	
移送の方法及び区間	方法	救急車	移送に要した費用	○,○○○円	
	区間	自宅～○○病院　経由	回数	回	
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)	ケンポタロウ	

※公金口座を利用する場合は記入しないでください

上記のとおり申請します。　□ 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　東京都○○区○○1-1-1○○ビル３階

氏名　健保　太郎　健保 ㊞

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・被扶養者　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　㊞

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。

令和　年　月　日

志村化工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。